



|   |                             |
|---|-----------------------------|
| KH-Name, KH-Träger und Anschrift des KH-Trägers | Ort, Datum                  |
|   | Auskunft erteilt (Telefon): |

**Niedersächsisches Ministerium für  
Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung  
Referat 404 - Krankenhäuser**

Per Mail: [KH-KHZG@ms.niedersachsen.de](mailto:KH-KHZG@ms.niedersachsen.de)

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)/ Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV)  
**Änderungsanzeige im Rahmen des Nachweises nach §25 KHSFV**  
zum Verwendungsnachweis vom: [ ] (Datum)

Aktenzeichen: 20109 - [ ] - 2021  
Fördertatbestand:

Bitte hier das Bundes-Aktenzeichen eintragen

Zusätzlich neues Produkt/neue Maßnahme:

| Neues Produkt/neue Maßnahme | Kostenverschiebungen innerhalb der beantragten Kostenpositionen nach § 20 KHSFV<br>(Benennung der Kostenposition) |
|-----------------------------|---|
|                             |   |
|                             |   |
|                             |   |

| Neues Produkt/neue Maßnahme | Kostenverschiebung zu einer neuen Kostenposition nach § 20 KHSFV<br>(Benennung der neuen Kostenposition) |
|-----------------------------|--|
|                             |  |
|                             |  |
|                             |  |

Austausch von Produkten/Maßnahmen:

| Neues Produkt/neue Maßnahme | Vorheriges Produkt/vorherige Maßnahme |
|-----------------------------|---------------------------------------|
|                             |                                       |
|                             |                                       |
|                             |                                       |

Die Angaben der Änderungsanzeige im Rahmen des Nachweises nach § 25 KHSFV werden hiermit bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift des Krankenhausträgers