



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 (Benennung der Kostenposition)

Neues Produkt/neue Maßnahme	Kostenverschiebung zu einer neuen Kostenposition nach § 20 KHSFV (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