

Einrichtungsnummer (KH-Plan)	Ort, Datum
KH-Name, KH-Träger und Anschrift des KH-Trägers	Auskunft erteilt (Telefon): E-Mailadresse:

**Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
Referat 404 - Krankenhäuser
Postfach 141
30001 Hannover**

krankenhausfinanzierung@ms.niedersachsen.de

über das

**Niedersächsische Landesamt für Bau und Liegenschaften
Referat BL 16 - Krankenhausbau | Beratungs- und Prüfstelle
Postfach 240
30002 Hannover**

krankenhausbau@nlbl.niedersachsen.de

über das

Staatliche Baumanagement [regionale Dienststelle]
[postalische Anschrift]

E-Mail: [zentrale Poststelle des zuständigen SB](#)

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) / Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG)
Nachweis über die Verwendung von Fördermitteln nach § 9 Absatz 1 KHG

1. Förderantrag/Planungsfortschreibungen vom:	Maßnahmen-Nr.
2. Bezeichnung der Investitionsmaßnahme (entspr. Bewilligungsbescheid):	
3. Baufachlicher Prüfbericht vom [Datum] / [Aktenzeichen] mit baufachlich geprüften Förderantragsunterlagen (FA-Bau) vom [Datum]	
4. Bewilligungs-/Änderungsbescheid(e) vom / Aktenzeichen:	

5. Sachbericht:
 (Eingehende Darstellung der Durchführung der Investitionsmaßnahme, Bauzeiten, Angaben über den Erfolg und die Auswirkungen der Maßnahme, über die Verwendung der Fördermittel im Rahmen der Gesamtausgaben oder des Objektes, ggf. siehe Anlage)

6. Darstellung der Finanzierung:	gemäß Bewilligungsbescheid	gemäß Abrechnung
	Euro	Euro
a) Fördermittel gem. § 9 Abs. 1 KHG		
Eigenmittel		
Sonstige Mittel		
Zinsen		
b) Insgesamt		
c) Eigenmittel für nicht förderungsfähige Kosten gem. § 5 KHG		

7. Dem Verwendungsnachweis sind als Anlagen 1 bis 3 der Kostennachweis (Zahlenmäßiger Nachweis nach DIN 276, entsprechend den der Bewilligung zugrunde liegenden baufachlich geprüfter Antragsunterlagen) sowie die mit der Bauausführung übereinstimmenden Bestandspläne beigelegt.

8. Erklärung des Krankenhausträgers:

Es wird erklärt, dass

- die in den Bauplänen enthaltenen Angaben mit der Örtlichkeit übereinstimmen,
- die bauaufsichtlichen und sonstigen Bedingungen und Auflagen beachtet wurden,
- die vorgeschriebenen Prüfungen oder Gebrauchsabnahmen durchgeführt, die Bedingungen und Auflagen eingehalten wurden und
- die Angaben über die Baumaßnahme, ihre Ausgaben und die Finanzierung vollständig und belegt sind.

Zu ihrer Nachprüfung stehen die im Bewilligungsbescheid genannten Unterlagen einschließlich Baurechnung mit Belegen zur Verfügung.

Ort, Datum	Rechtsverbindliche Unterschrift / Signatur des Krankenhausträgers

Kostennachweis (Zahlenmäßiger Nachweis DIN 276: 2008) vom

Datum: _____

KH-Name Bezeichnung der Investitionsmaßnahme und Nummer:		Gesamtkosten gem. Bauausgabebuch * Euro	davon**	
			nicht förderungsfähige Kosten Euro	voraussichtlich förderungsfähige Gesamtkosten Euro
100	Grundstück			
200	Herrichten und Erschließen			
300	Bauwerk – Baukonstruktion			
400	Bauwerk – Techn. Anlagen ohne 474			
474	Medizintechnische Anlagen			
500	Außenanlagen			
600	Ausstattung u. Kunstwerke ohne 611 u. 612			
611	Allgemeine Ausstattung			
612	Besondere Ausstattung			
Zwischensumme				

700	Nebenkosten			
-----	-------------	--	--	--

Gesamtkosten			
abzüglich pauschaler Abzüge (z. B. Flächen)			

	Aufrundung			
--	------------	--	--	--

Summe Abrechnung			
-------------------------	--	--	--

Mehr-/Minderkosten			
---------------------------	--	--	--

* nur diese Spalte ist vom Krankenhausträger auszufüllen

** soweit den einzelnen Kostengruppen zuzuordnen

Kostennachweis (Zahlenmäßiger Nachweis DIN 276: 2018) vom

Datum: _____

Maßnahmennummer:		Gesamtkosten gem. Bauaus- gabebuch * Euro	davon**	
KH-Name:			nicht förderungs- fähige Kosten Euro	voraussichtlich förderungsfähige Gesamtkosten Euro
100	Grundstück			
200	Vorbereitende Maßnahmen			
300	Bauwerk – Baukonstruktion			
400	Bauwerk – Techn. Anlagen ohne kfA 473***			
473	nur kfA: Medizin- u. labortechnische Anlagen			
500	Außenanlagen u. Freiflächen			
600	Ausstattung u. Kunstwerke ohne 610, 620, 630			
610	Allgemeine Ausstattung			
620	Besondere Ausstattung			
630	Informationstechnische Ausstattung			
Zwischensumme				

700	Nebenkosten			
-----	-------------	--	--	--

Gesamtkosten				
abzüglich pauschaler Abzüge (z. B. Flächen)				

	Aufrundung			
--	------------	--	--	--

Summe Abrechnung				
-------------------------	--	--	--	--

Mehr-/Minderkosten				
---------------------------	--	--	--	--

* nur diese Spalte ist vom Krankenhausträger auszufüllen

** soweit den einzelnen Kostengruppen zuzuordnen

***in der KG 473 enthaltenes kurzfristiges Anlagegut (kfA) ist gesondert auszuweisen.