**Bedarfsanmeldung
Transformationsfonds
(§ 12b KHG)**

**Angaben zum Vorhaben**

**Angaben zu dem(den) beteiligten Krankenhaus(Krankenhäusern)**

**Beteiligtes Krankenhaus A**

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Standort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Träger: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Beteiligtes Krankenhaus B (falls zutreffend)**

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Standort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Träger: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Angaben zum Fördertatbestand**

**Das Vorhaben ist folgendem FTB nach § 3 KHTFV zuzuordnen:**

[ ]  FTB 1 – Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration

[ ]  FTB 2 – Vorhaben zur Umstrukturierung in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

[ ]  FTB 3 – Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen

[ ]  FTB 4 – Vorhaben zur Bildung/Ausbau von Zentren für seltene Erkrankungen

[ ]  FTB 5 – Vorhaben zur Bildung/Fortentwicklung von Krankenhausverbünden

[ ]  FTB 6 – Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen

[ ]  FTB 7 – Vorhaben zur dauerhaften Schließung

[ ]  FTB 8 – Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten

**Voraussichtlicher Beginn des geplanten (Teil-)Vorhabens:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Voraussichtlicher Abschluss des geplanten (Teil-)Vorhabens:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Beschreibung des geplanten Vorhabens:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Angaben zu den Kosten**

**Erwartete Gesamtkosten der Maßnahme:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Nähere Angaben zur Kostenaufteilung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Alle Angaben sind vollständig und richtig.**

…………………………………………………………………………………….
Ort, Datum Antragsteller

…………………………………………………………………………………….
Unterschrift(en)