

## Anlage 4 Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Fax-Nr. 089 290830-99  
Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.  
Radlsteg 1  
80331 München

### Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
*Straße und Hausnummer*

\_\_\_\_\_

*Postleitzahl und Ort*

Institutskennzeichen<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Hiermit erklären wir gegenüber der Bayerischen Krankenhausgesellschaft den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. und der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, SIGNAL IDUNA IKK, BKK Landesverband Bayern und dem Funktionellen Landesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern LdL/LdLP) vom 12. November 2009.

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

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse*

<sup>1</sup> Vom Krankenhaus ist die IK-Nr. anzugeben, mit der die stationären Behandlungsfälle im § 301 SGB V-Datenübermittlungsverfahren abgewickelt werden.