

**Zur Genehmigung von zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten gem. § 21 Abs. 5
Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**

[Die grau unterlegten Felder bitte ausfüllen.]

Krankenhaus
(Name,
Anschrift)

Ansprechpartner
(Name, E-Mail-
adresse,
Telefonnummer):

IK:

Datum:

Kalenderwoche:

SOLL-Betten Intensiv lt. Feststellungs- bescheid	IST-Betten Intensiv lt. Feststellungs- bescheid	Anzahl der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit (Stand: 15.03.2020)		Anzahl der <u>zusätzlichen</u> intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit ab dem 16.03.2020	
		ICU low care (nicht-invasive Beatmung)*	ICU high care (invasive Beatmung)*	ICU low care (nicht-invasive Beatmung)*	ICU high care (invasive Beatmung)*
Summe:					

* nach der DIVI-Definition

Verfahren:

Das ausgefüllte Formblatt ist an die folgende Adresse zu versenden:

KH-Planung@mags.nrw.de

Rechtsverbindliche Unterschrift und Stempel