

Anlage 2: Meldung nach §21 Abs. 2 und Abs. 5 KHG i.V.m. Nachweispflicht gemäß § 2 DIVI IntensivRegister-Verordnung

Wöchentliche Meldung

Krankenhaus (Name, Anschrift):	
Ansprechpartner (Name, E-Mailadresse, Telefonnummer):	
IK:	
Kontonummer:	

(vollständige Bankverbindung)

Tabelle 1: Ermittlung der tagesbezogenen Ausgleichsbeträge

Nr.		Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7	Ausgleichsbetrag pro Kalenderwoche
1	Datum:								
2	Behandlungstage gesamt								
2.1	davon KHEntG/DRG (Somatik)								
2.1.1	davon: vollstationär								
2.1.2	davon: teilstationär								
2.2	davon BpflV/PEPP (Psych-Bereich)								
2.2.1	davon: vollstationär								
2.2.2	davon: teilstationär								
3	Referenzwert 2019								
4	Differenz (Referenzwert 2019 ./ Nr. 2)								
5	Ausgleichsbetrag pro Tag (Nr. 4 * 560 €)								Summe:

Hinweis zur Ermittlung der Behandlungstage gem § 4 der VE:
Bei vollstationären Behandlungen ist der Aufnahmetag und jeder weitere Behandlungstag mit Ausnahme des Entlassungstages zu berücksichtigen. Bei Entlassung am Aufnahmetag ist der Aufnahmetag als Behandlungstag zu zählen. Bei teilstationärer Behandlung ist der Aufnahmetag und jeder weitere Behandlungstag zu berücksichtigen.

aus Anlage 1 Nr. 2 übertragen

Tabelle 2: Eintrag ins DIVI IntensivRegister

6	DIVI IntensivRegister-Verordnung	
6.1	Registrierung IntensivRegister am (Datum)	
6.2	Registrierung / Eintragung NICHT möglich (Begründung / Nachweise beifügen)	
6.3	tägliche Übermittlung an IntensivRegister (Ja/Nein) ¹	

¹ als Bezugsdatum gelten die jeweiligen Eintragungen unter Nr. 1

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____