E r h e b u n g s b o g e n T r ä g e r w e c h s e l

für **stationäre** und **ambulante** Pflegeeinrichtungen

Zutreffendes Bitte ankreuzen:

❒ stationäre Pflegeeinrichtung ❒ ambulanter Pflegedienst *

** Sofern von dem Trägerwechsel sowohl der Vertragsbereich des SGB XI als auch der Vertragsbereich des SGB V betoffen sind, gelten die in diesem Erhebungsbogen gemachten Angaben für die beteiligten Kranken- und Pflegekassen (bzw. deren Verbände).*

Die nachfolgend benannte Einrichtung/ambulanter Pflegedienst zeigt den Trägerwechsel zum _____ (Datum) an.

A. Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung :_____

Straße :_____

PLZ/Ort :_____

Geschäftsführer/in :_____

Tel.-Nr./Telefax :_____

IK – Kennzeichen :_____

B. Seitheriger Träger der Einrichtung Neuer Träger der Einrichtung

Träger	:_____	_____
Rechtsform	:_____	_____
Straße	:_____	_____
PLZ/Ort	:_____	_____
Tel.-Nr./Fax	:_____	_____

II. Rechtsgrundlage des Trägerwechsels

A. Umwandlungsgesetz

1. Findet der Trägerwechsel aufgrund des Umwandlungsgesetzes statt ?

❒ ja* ❒ nein

** Falls ja, sind keine weiteren Fragen zu beantworten. Bitte unterschreiben Sie den Erhebungsbogen und übersenden diesen ausgefüllt mit dem Strukturerhebungsbogen, dem Vertrag nach dem Umwandlungsgesetz und dem aktuellen Trägernachweis (z. B. Gesellschaftsvertrag, Handelregisterauszug, Vereinsregister) an uns zurück.*

B. Übergang ohne Anwendung des Umwandlungsgesetzes

1. Auf welcher Basis (Rechtsgrundlage, Vertrag o.ä.) erfolgte der Trägerwechsel ?

_____

_____

2. Übernimmt der neue Träger vorbehaltlos alle Rechte und Pflichten des seitherigen Trägers ?

❒ ja* ❒ nein**

* *Falls ja, sind keine weiteren Fragen zu beantworten. Bitte unterschreiben Sie den Erhebungsbogen und übersenden diesen ausgefüllt mit dem Strukturerhebungsbogen, dem Vertrag über den Übergang der Trägerschaft und dem aktuellen Trägernachweis (z. B. Gesellschaftsvertrag, Handelregisterauszug, Vereinsregister) an uns zurück.*

** *falls nein:* Welche Rechte und Pflichten werden nicht übernommen ?

_____

_____

Bitte den unterschriebenen Erhebungsbogen zum Trägerwechsel zusammen mit dem Strukturerhebungsbogen bzw. dem Antrag SGB V an die unten genannte Adresse senden

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Einrichtung seitheriger Träger

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Einrichtung neuer Träger

Originalantrag bitte an folgende Adresse senden: **AOK- Die Gesundheitskasse in Hessen**
Kölner Str. 8, 65760 Eschborn

Datenschutzhinweis:
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §72 SGB XI i.V.m. §71 SGB XI und /oder nach §132a Absatz 4 SGB V erhoben und verarbeitet.
Damit wir unsere Aufgabe der Zulassungsprüfung zur Pflege rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Auskünfte notwendig.

Sollte für die Übermittlung der Daten die Einwilligung von Mitarbeitenden erforderlich sein, versichert der Vertragspartner / die Antragstellerin / der Antragsteller, dass diese erteilt ist.