(Ort, Datum) (Stempel, Unterschrift des Krankenhausträgers)

***An die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, Referat I.8.4. senden***

# Anlage 3 Vorlage IK-Meldung

1. **Angaben zur Krankenhausapotheke und zum Träger der Krankenhausapotheke**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name des **Krankenhauses**, in dem die Krankenhausapotheke verortet ist | Anschrift | Ansprechpartner in der Krankenhausapotheke | E-Mail/Telefonnummer |
|  |  |  |  |
| Name des **Trägers** des Krankenhauses, in dem Krankenhausapotheke verortet ist | Anschrift |
|  |  |

1. **Zur Abrechnung der vertragsgegenständlichen Leistungen verwendete Institutionskennzeichen gem. § 3 Abs. 9**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beliefertes Krankenhaus**(Name und Adresse) | **Institutionskennzeichen,** unter dem abgerechnet wird (Gültigkeit ab bzw. von ... bis) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**....................................................... ....................................................... ...................................................................**

(Ort, Datum) (Stempel, Unterschrift) (Name des Krankenhausträgers, der

IK-Meldung abgibt)

***An die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, Referat I.8.4. senden***