

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
E-Mail: [entlassmanagement@kvb.de](mailto:entlassmanagement@kvb.de)  
Fax: (089) 57093 64950

**Antrag**  
**auf Vergabe einer Betriebsstättennummer für das Entlassmanagement**

**Allgemeine Angaben**

<b>Antragsteller</b>	
<b>Name des Krankenhauses/der Reha-Einrichtung:</b>	
<hr/> <hr/>	
<b>Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort</b>	
<b>Ansprechpartner für das Entlassmanagement</b>	
<b>Name:</b> _____ <b>Vorname:</b> _____	
<hr/>	
<b>ggf. abweichende Anschrift des Ansprechpartners</b>	
<hr/>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	<b>Telefonnummer</b>

<hr/>	<hr/>
<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift verantwortlicher Ansprechpartner</b>