

Zusammenstellung der Beitritte_Krankenhäuser_Stand: 01.11.2010

Krankenhäuser	Beitritt am	
Bad Doberan	10.01.2010	
Bergen	18.01.2010	
Boizenburg	22.06.2010	
Bützow	17.03.2010	
Crivitz		
Demmin		
Greifswald-Uni		
Greifswald - BDH	13.01.2010	
Greifswald-Odeb.	23.12.2009	
Greifswald – Short Care		
Greifswald – Parkklinik		
Grevesmühlen		
Grimmen	06.01.2010	
Güstrow	28.01.2010	
Hagenow	23.08.2010	
Karlsburg	11.01.2010	
Leezen		
Ludwigslust	28.01.2010	
Neubrandenburg	23.12.2009	
Neustrelitz	18.12.2009	
Parchim		
Pasewalk	30.12.2009	
Plau/See	21.12.2009	
Ribnitz-Damgarten	15.10.2010	
Rostock-Uni	17.12.2009	
Rostock-Süd		
Rostock-Tag/Kind		
Rostock-Psych/Erw		
Schwaan-Waldeck	07.06.2010	
Schwerin		
Stralsund		
Teterow	18.12.2009	
Tessin		
Ueckermünde		
Waren – Klinikum	05.01.2010	
Waren-Amsee	23.03.2010	
Waren – Reha Graal-M.		
Wismar		
Wolgast	18.12.2009	

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender: **BODDEN - KLINIKEN**
Ribnitz-Damgarten GmbH
 Sandhufe 2
 18311 Ribnitz-Damgarten
 Tel. 0 38 21 / 700-0

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
 Wismarsche Str. 175,
 19053 Schwerin

Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/~~Krankenkasse~~: **BODDEN - KLINIKEN**
Ribnitz-Damgarten GmbH
 Sandhufe 2
 18311 Ribnitz-Damgarten
 Tel. 0 38 21 / 700-0

Anschrift: _____
 Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

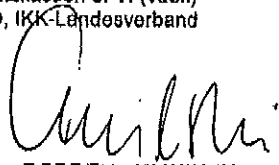
Institutskennzeichen1 267 300 265

E-Mail-Adresse gewe@bodden-kliniken.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2008.

Ribnitz-Damgarten, 15.10.2010

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse


BODDEN - KLINIKEN
Ribnitz-Damgarten GmbH
 Geschäftsführer
 Dr. Falco Mliski, MBA
 Postfach 1289, 18303 Ribnitz-Damgarten
 Tel. 0 38 21 / 700-100

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Kreiskrankenhaus Hagenow gGmbH

Anschrift: Parkstraße 12
Straße und Hausnummer

19230 Hagenow
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 2613002010

E-Mail-Adresse h.mantzel@krankenhaus-hagenow.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Hagenow, d. 23.8.2010
Ort, Datum Unterschrift und Stempel


H. Mantzel
Geschäftsführer
Kreiskrankenhaus Hagenow gGmbH
Parkstr. 12, 19230 Hagenow

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender: integratives Gesundheitszentrum Boizenburg GmbH
Vor dem Mühlentor 3
19258 Boizenburg/Elbe
Tel. 038847/637-0, Fax 038847/637-333

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Integratives Gesundheitszentrum Boizenburg
Anschrift: Vor dem Mühlentor 3
Straße und Hausnummer
19258 Boizenburg/Elbe
Postleitzahl und Ort
Institutskennzeichen1 261500631
E-Mail-Adresse t.alexander@medigreif-ig-boizenburg.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Greifswald, 22.06.2010 [Signature]
Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Integratives
Gesundheitszentrum Boizenburg
Vor dem Mühlentor 3
19258 Boizenburg/Elbe

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Fachklinik Waldeck

Anschrift: Dr.-Friedrich-Dittmann-Weg 1
Straße und Hausnummer

18258 Schwaan
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 IK-Nr. 511 300 697

E-Mail-Adresse info@fachklinik-waldeck.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Schwaan, d. 7.06.10

Fachklinik Waldeck
 Zentrum für med. Rehabilitation
 Dr.-Friedrich-Dittmann-Weg
 18258 Schwaan
 Tel. 03844/880-0, Fax 880-502

Anlage 4**Formblatt: Beitrittserklärung**

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 176,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Evangelisches Krankenhaus Bethanien gGmbH

Anschrift: Gützkower Landstraße 69
Straße und Hausnummer

17489 Greifswald
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 261300926

E-Mail-Adresse breitsprecher@odebrecht-stiftung.de...

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Greifswald, den 23.12.2008

v. Krankenhaus Bethanien gGmbH
Gützkower Landstraße 69
17489 Greifswald
Tel. (03834) 543 0

EINGEGANGEN AM 04. JAN. 2010 *He.*

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

**Achtung
Umfirmierung**

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: *Diabonie Klinikum Dietrich-Bonhoeffer GmbH*

Anschrift: *Alleende - Str. 60*
Straße und Hausnummer

17036 Neubrandenburg
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 *26/13 20 010*

E-Mail-Adresse *FIRWA dbk.nb.de*

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

N 6011, 23.12.09

 Gudrun Wegner
 Geschäftsführerin
 Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender: **MediClin**
Krankenhaus Plau am See
Quetziner Str. 88 • 19395 Plau am See
Tel.: (038735) 87-0, Fax: (038735) 87-110

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Krankenhaus Plau am See

Anschrift: Quetziner Str. 88
Straße und Hausnummer

19395 Plau
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1

E-Mail-Adresse Schaefer@plau.mediclin.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Plau, 21.12.2009 *A. Schäfer*

MediClin
Krankenhaus Plau am See
Kaufmännische Direktorin
Dipl.-Ing. oec. Annette Schäfer
Quetziner Str. 88 • 19395 Plau am See
Tel.: (038735) 87-100, Fax: (038735) 87-766

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender: **ASKLEPIOS Klinik Pasewalk GmbH**
 Akademisches Lehrkrankenhaus
 Prenzlauer Chaussee 30
 17309 Pasewalk
 Tel. 03973/23-0 - Fax 03973/23-1425

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
 Wismarsche Str. 175,
 19053 Schwerin
 Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: *Asklepios Klinik Pasewalk*

Anschrift: *Prenzlauer Chaussee 30*
 Straße und Hausnummer

17309 Pasewalk
 Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen: *26 13 00744*

E-Mail-Adresse: *pasewalk@asklepios.com*

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Pasewalk, 30/12/09

[Handwritten Signature]
ASKLEPIOS Klinik Pasewalk GmbH
 Akademisches Lehrkrankenhaus
 Prenzlauer Chaussee 30
 17309 Pasewalk
 Tel. 03973/23-0 - Fax 03973/23-1425

Anlage 4**Formblatt: Beitrittserklärung**

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ROSTOCK
 Absender: Anstalt öffentlichen Rechts
 Dezernat Finanzen
 Referat Patientenwesen
 Postfach 10 08 88
 18055 Rostock
 Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
 Wisnarsche Str. 175,
 19053 Schwerin

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Universitätsklinikum Rostock, AOR
 Anschrift: Schillingallee 35
 Straße und Hausnummer
18055 Rostock
 Postleitzahl und Ort
 Institutskennzeichen1 261300425
 E-Mail-Adresse steffen.brüchmann@med.uni-rostock.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Rostock, 17. DEZ. 2009

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse


B. Irmscher
 Kaufmännische Direktorin

Irmscher

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ROSTOCK
 Anstalt öffentlichen Rechts
 Kaufmännische Direktorin
 Sitz: Schillingallee 35
 Postfach 10 08 88
 18055 Rostock

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

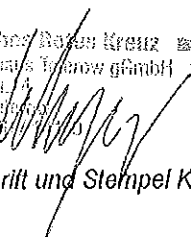
Absender: 
 Deutsches Rotes Kreuz
 Krankenhaus Teplitz gGmbH
 Goethestr. 14
 17166 Teplitz
 Tel. 0385/48529-0

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
 Wismarsche Str. 175,
 19053 Schwerin
 Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: BKK-Krankenkassen Teplitz gGmbH
 Anschrift: Goethestr. 14
 Straße und Hausnummer
17166 Teplitz
 Postleitzahl und Ort
 Institutskennzeichen1 261 300 141
 E-Mail-Adresse info@drkkh.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Teplitz, 18.12.09

 Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse
 Deutsches Rotes Kreuz
 Krankenhaus Teplitz gGmbH
 Goethestr. 14
 17166 Teplitz
 Tel. 0385/48529-0

Anlage 4

Formblatt: **Beitrittserklärung**

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: DRK Krankenhaus Mecklenburg Strelitz gGmbH
Anschrift: Sammelweisstr. 1-10
Straße und Hausnummer
17235 Neustrelitz
Postleitzahl und Ort
Institutskennzeichen1 261300345
E-Mail-Adresse

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

[Handwritten Signature]
Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Deutsches Rotes Kreuz +
Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH
Geschäftsführer: J. Weyer
Sammelweisstraße 1-10, 17235 Neustrelitz
Tel. 0 39 81/26 81 55 - Fax 0 39 81/26 81 61

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: ASKLEPIOS KLINIK PARCHIM
Verwaltung
 Anschrift: John-Binckmann-Straße 8-10
 Straße und Hausnummer 19370 Parchim
 Tel. 03871 / 37-0
 Fax 03871 / 37 24 71

 Postleitzahl und Ort
 Institutskennzeichen1 261 300 675
 E-Mail-Adresse parchim@asklepios.com

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Parchim 20.12.2009 *[Signature]*
Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Stefan Menzel
Geschäftsführer
ASKLEPIOS KLINIK PARCHIM
19370 Parchim
Telefon 03871 / 37-0

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
18053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: MediClin Müritz - Klinikum

Anschrift: Weinbergstr. 19
 Straße und Hausnummer

17192 Waren
 Postleitzahl und Ort

Institutakennzeichen1 261 300 50

E-Mail-Adresse info@mueritz-klinikum.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Waren, d. 05.01.10


MediClin Müritz Klinikum
 Weinbergstraße 19
 17192 Waren (Müritz)
 Tel.: (0 39 91) 77-0
 Fax: (0 39 91) 77-2005

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

BDH-Klinik Greifswald 
 Neurologisches Rehabilitationszentrum
 und Querschnittgelähmtenzentrum
 Karl-Liebknecht-Ring 26a, 17491 Greifswald
 Tel. +49 3834 871-0; Fax +49 3834 871-102

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
 Wismarsche Str. 175,
 19053 Schwerin
 Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/~~Krankenkasse~~: BDH-Klinik Greifswald GmbH
 Anschrift: Karl-Liebknecht-Ring 26a
 Straße und Hausnummer
17491 Greifswald
 Postleitzahl und Ort
 Institutskennzeichen1 261300700
 E-Mail-Adresse sekretariat.gf@bdh-klinik-greifswald.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Greifswald, 01.2010



Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/~~Krankenkasse~~

BDH-Klinik Greifswald 
 Neurologisches Rehabilitationszentrum
 und Querschnittgelähmtenzentrum
Geschäftsführung
 Karl-Liebknecht-Ring 26a, 17491 Greifswald
 Tel. +49 3834 871-101; Fax +49 3834 871-102

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Krankenhaus Bad Doberan GmbH
Absender: Am Waldrand 1
18209 Hohenfelde

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Krankenhaus Bad Doberan GmbH
Anschrift: Am Waldrand 1
Straße und Hausnummer
18209 Hohenfelde
Postleitzahl und Ort
Institutskennzeichen1 261 300 657
E-Mail-Adresse info @ Krankenhaus - doberan . de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Krankenhaus Bad Doberan GmbH
Am Waldrand 1
18209 Hohenfelde
10.1.10
Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender: Sana-Krankenhaus Rügen GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Greifswald
Calandstraße 7-8 - 18528 Bergen

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/40529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse:

Anschrift:
Straße und Hausnummer Sana-Krankenhaus Rügen GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Greifswald
Calandstraße 7-8 - 18528 Bergen
.....
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 261 300 312

E-Mail-Adresse info@sana-ruegen.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Bergen, 18.01.2010

[Handwritten Signature]

Sana-Krankenhaus Rügen GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Greifswald
Verwaltungsdirektor
Calandstraße 7/8 - 18528 Bergen

Anlage 4

Formblatt: **Beitrittserklärung**

Absender: **KLINIKUM KARLSBURG**®
der Klinikgruppe Dr. Guth
GmbH & Co. KG
Greifswalder Straße 11
17495 Karlsburg

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/~~Krankenkasse~~: *Klinikum Karlsburg der
Klinikgruppe Dr. Guth GmbH & Co. KG*
Anschrift: *Greifswalder Straße 11*
Straße und Hausnummer
17495 Karlsburg
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1

E-Mail-Adresse

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Hamburg 11.01.2010 *[Signature]* **KLINIKUM KARLSBURG**®
der Klinikgruppe Dr. Guth
GmbH & Co. KG
Greifswalder Straße 11
17495 Karlsburg
Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/~~Krankenkasse~~

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Evangelisches Krankenhaus
Stift Bethlehem gemeinnützige GmbH

Anschrift: Neustädter Str. 1
Straße und Hausnummer

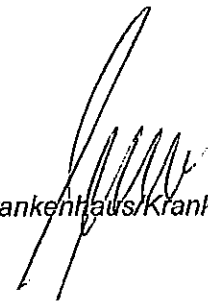
19288 Ludwigslust
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 2613 00 129

E-Mail-Adresse Krankenhaus@stift-bethlehem.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Ludwigslust, 28.01.10
Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse



Evangelisches Krankenhaus
Stift Bethlehem GmbH
Neustädter Str. 1 · 19288 Ludwigslust
Telefon: 038 74/433-0

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: KMG Klinikum Güstrow GmbH

Anschrift: Friedrich-Trendelenburg-Allee 1
Straße und Hausnummer

18273 Güstrow
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 261 300 276

E-Mail-Adresse güestrow@kmg.ag

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

M. Fischer
 Güstrow, 28.1.2010 27.1.2010
 Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse
KMG:Kliniken

KMG Klinikum Güstrow GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock
Friedrich-Trendelenburg-Allee 1 18273 Güstrow
Dipl.-Ing., Dipl.-Verw. Wirt (VWA)
Matthias Fischer
Verwaltungsdirektor
Telefon 0 38 43. 34 30 00 Fax 0 38 43. 34 30 02
m.fischer@kmg.ag www.kmg-kliniken.ag

Anlage 4

Formblatt: **Beitrittserklärung**

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: DRK Krankenhaus Grimmen GmbH


Anschrift:
Straße und Hausnummer

18516 Süderholz
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 261300243

E-Mail-Adresse info@krankenhaus-grimmen.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 3 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKIK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Bachmannslopp, 06-01-2010 

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender: Warnow Klinik Bützow GmbH
Am Forsthof 3
18241 Bützow - PF 1115
Tel. 03 84 61 / 4 50

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Warnow-Klinik Bützow

Anschrift: Am Forsthof 3
Straße und Hausnummer

18246 Bützow
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 261300287

E-Mail-Adresse info@warnowklinik.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Warnow Klinik Bützow GmbH
Am Forsthof 3
18241 Bützow - PF 1115
Tel. 03 84 61 / 4 50

Bützow, 17/3/2010

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Klinik Amsee GmbH

Absender: Amsee 6
17192 Waren (Müritz)
Telefon 03991 / 158-0
Fax 03991 / 158-266

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Klinik Amsee GmbH

Anschrift: Amsee 6
Straße und Hausnummer

17192 Waren (Müritz)
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 261 300 595

E-Mail-Adresse info@klinikamsee.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.



Waren, 23.03.2010

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus

Klinik Amsee GmbH
Amsee 6
17192 Waren (Müritz)
Telefon 03991 / 158-0
Fax 03991 / 158-266