



Einzureichen an: _____

Investitionsbank Sachsen-Anhalt
Kommunalentwicklung und
Beratung
Domplatz 12
39104 Magdeburg



ORIENTIERUNGSANTRAG:

Ich/Wir beabsichtige(n) bei der Investitionsbank Sachsen-Anhalt (IB) einen Zuschuss aus dem Krankenhaus-Zukunftsfonds gemäß §14a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit § 19a ff. Krankenausstrukturfonds-Verordnung (KHSV) zu beantragen.

Hinweis: Mit dem Orientierungsantrag beginnt noch nicht das Verwaltungsverfahren. Es dient dessen Vorbereitung

1. ANGABEN DER/DES ANTRAGSTELLENDEN

1.1 Allgemeine Angaben

Name des Krankenhausträgers		Gründungsdatum*
Straße, Hausnummer		Vorwahl/Rufnummer
PLZ	Ort	ggf. Ortsteil
Trägerart		Landkreis/Gemeindenummer
Vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise mit	<input type="text"/> %

1.2 Ansprechpartner zum Antrag (sofern zutreffend)

Ansprechpartner zum Antrag (Name, Vorname)	Vorwahl/Rufnummer/Fax
E-Mail	

* nicht anzugeben bei Kommunen

2. KURZANGABEN ZUM VORHABEN

2.1 Ort des Vorhabens/Krankenhauses (sofern abweichend von Ziffer 1.1 dieses Antrages)

Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	ggf. Ortsteil
IK-Nummer		

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



SACHSEN-ANHALT

2.1 Länderübergreifende Vorhaben

Eine länderübergreifende Antragstellung ist vorgesehen

Ja Nein

Falls „Ja“ - Anteil Sachsen-Anhalt

%

Falls „JA“ - außer Sachsen-Anhalt beteiligte Bundesländer

2.2 Vorhabensbezeichnung

Vorhabensbezeichnung/Verwendungszweck

Art des Vorhabens nach §19 Absatz 1 KHSFV

Voraussichtliche Kosten in Euro

	Kosten gesamt	dav. Informationssicherheit
<input type="checkbox"/> Nr. 1 Aktualisierung der (informations-) technischen Ausstattung der Notaufnahme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nr. 2 Patientenportal für digitales Aufnahme- und Entlassmanagement	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nr. 3 strukturierte elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nr. 4 automatisiertes klinisches Entscheidungsunterstützungssystem	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nr. 5 digitales Medikationsmanagement	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nr. 6 krankenhausinterner digitaler Prozess zur Anforderung von Leistungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nr. 7 strukturierte Abstimmung des Leistungsangebots mehrerer Krankenhäuser, z.B. über ein Cloud Computing System	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nr. 8 online-basiertes Versorgungsnachweissystem für Betten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nr. 9 telemedizinische Netzwerkstruktur zwischen Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen; robotikbasierte Anlagen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nr. 10 organisatorische und technische Vorkehrungen für Informationssicherheit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nr. 11 Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungserfordernisse im Falle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Summe voraussichtliche Kosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.3 geplante zeitliche Dauer

Beginn des Vorhabens

Tag/Monat/Jahr

geplantes Ende des Vorhabens

Tag/Monat/Jahr

2.3 Projektbeschreibung

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Projekt. Bitte gehen Sie dabei auf die Erfüllung der Muss- und Kann-Kriterien ein.:

A large, empty yellow rectangular area with a thin black border, occupying most of the page below the instruction. It is intended for the user to write a project description.

3. AUSGABEN- UND FINANZIERUNGSPLAN

3.1 Geplante Ausgaben (in Euro)

Investitionskosten	<input type="text"/>
Ausgaben für den initialen Betrieb (bis zu 3 Jahre)	<input type="text"/>
Nutzungsentgelt von bereitgestellter Software (bis zu 3 Jahre)	<input type="text"/>
Personalkosten	<input type="text"/>
Beratungsleistungen bei Planung, Ausschreibung und Beschaffung des konkreten Vorhabens	<input type="text"/>
Räumliche Maßnahmen	<input type="text"/>
Beschaffung von Nachweisen bzw. für berechnete IT-Dienstleister	<input type="text"/>
Zinsen, Tilgung, Verwaltungskosten eines zur Finanzierung eines förderfähigen Vorhabens aufgenommenen Darlehens	<input type="text"/>
Nicht zuwendungsfähige Ausgaben (bitte bezeichnen)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Summe der geplanten Ausgaben	<input type="text"/>

3.2 Finanzierung der Ausgaben (in Euro)

Eigenmittel	
Eigenanteil des Krankenhausträgers im Rahmen der gemäß § 14 Abs. 5 Nr. 2 KHG festgelegten Ko-Finanzierung (KH-Träger)	<input type="text"/>
Eigenanteil des Krankenhausträgers im Rahmen der gemäß § 14 Abs. 5 Nr. 2 KHG festgelegten Ko-Finanzierung (Land)	<input type="text"/>
Beantragte Zuwendung	<input type="text"/>
Fremdmittel	
Weitere Fördermittel aus öffentlichen Mitteln und/oder sonstige öffentliche Finanzierungshilfen (bitte bezeichnen)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige Fremdmittel (bitte bezeichnen)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Summe der Finanzierungsmittel	<input type="text"/>

4. DEM ORIENTIERUNGSANTRAG BEIZUFÜGENDE UNTERLAGEN

Die dem Orientierungsantrag beizufügenden Unterlagen entnehmen Sie bitte der zu diesem Förderprogramm gehörenden Unterlagencheckliste.

5. HINWEISE ZUR DATENNUTZUNG

Es ist jeder betroffenen natürlichen Person die Anlage „Erklärung zur Datenverarbeitung“ zur Kenntnis zu geben, soweit im Rahmen der Projektauswahl sowie der gegebenenfalls folgenden Antragsbearbeitung und zur Abwicklung der Förderung die Verarbeitung personenbezogener Daten erforderlich ist.

UNTERSCHRIFT(EN) DER/DES KRANKENHAUSTRÄGER(S)/BEVOLLMÄCHTIGTEN

Ort, Datum

Name des Unterzeichnenden (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Name des Unterzeichnenden (in Druckbuchstaben)

Unterschrift (Stempel, sofern relevant)

Unterschrift (Stempel, sofern relevant)