

# Erhebungsbogen Trägerwechsel

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 betroffen 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 Strukturhebungsbogen, dem Vertrag nach dem Umwandlungsgesetz und dem aktuellen Trägernachweis (z. B. Gesellschaftsvertrag, Handelsregisterauszug, 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 Strukturhebungsbogen, dem Vertrag nach dem Umwandlungsgesetz und dem aktuellen Trägernachweis (z. B. Gesellschaftsvertrag, Handelsregisterauszug, Vereinsregister) an uns zurück.*

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

---

---

**Bitte den unterschriebenen Erhebungsbogen zum Trägerwechsel zusammen mit dem Strukturhebungsbogen 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:

vdek-Landesvertretung Hessen  
Walter-Kolb-Straße 9 – 11  
60594 Frankfurt am Main