Per E-Mail senden an: anfragen@datenstelle.de

12.03.2025

**Benennung eines Funktionsbeauftragten „Krankenhausvergleich“ für das InEK Datenportal**

**Name der Krankenkasse:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Institutionskennzeichen (IK):** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Für das InEK Datenportal beauftrage ich Sie, die im Folgenden genannte(n) Person(en) als „Funktionsbeauftragten Krankenhausvergleich“ für die oben genannte Krankenkasse einzutragen. **Voraussetzung ist eine selbstständige Registrierung mit der aufgeführten E-Mail-Adresse im** [**InEK Datenportal**](https://daten.inek.org)**.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anrede, Titel, Vorname, Nachname** | **E-Mail-Adresse (registriert im Datenportal)** | **Telefonnummer** | **Anmerkung**  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Erstmeldung (bisher keine Funktionsbeauftragten benannt)[ ]  Änderungsmeldung (ersetzt vorherige Funktionsbeauftragte)[ ]  Änderungsmeldung (zusätzlicher Funktionsbeauftragter) | Zutreffendes bitte ankreuzen! (bitte nur ein Feld ankreuzen) |

Die genannte(n) Person(en) soll(en) als Funktionsbeauftragte(r) die Berechtigung erhalten, den Krankenhausvergleich für die Krankenhäuser, für die die oben genannte Krankenkasse Vertragspartei nach § 11 BPflV ist, durchzuführen, sowie weiteren Personen die Berechtigung zur Durchführung des Krankenhausvergleichs zu erteilen bzw. wieder zu entziehen.

Dabei ist zu beachten, dass gem. § 8 Abs. 4 Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung je Krankenkasse **maximal drei Personen** Zugang zum Krankenhausvergleich haben können. Sollten bereits drei Personen gemeldet sein, geben Sie in der Anmerkungsspalte bitte an, welche Personen als Funktionsbeauftragte entfernt werden sollen.

Mit freundlichen Grüßen

Firmenstempel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Geschäftsführung

(Nur gültig mit rechtswirksamer Unterschrift und Firmenstempel)

**Name der Geschäftsführung:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.