

Konformitätserklärung

(inklusive Berechtigung nach § 21 Absatz 5 Satz 1 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Hersteller/Dienstleister

Name, Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort), Ansprechpartner

**Betrifft: Anforderungen gemäß Fördertatbestand (FTB) nach § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2
Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) Nummern 2 bis 6:**

- FTB 2: Patientenportale für ein digitales Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassmanagement
- FTB 3: Systeme zur digitalen Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen
- FTB 4: digitale Entscheidungsunterstützungssysteme
- FTB 5: Systeme für ein digitales Medikationsmanagement
- FTB 6: Systeme zur digitalen Anforderung von Leistungen

Bezeichnung und Kurzbeschreibung des Produktes/der Dienstleistung/der digitalen Anwendung

Für die hier bezeichnete digitale Anwendung/das hier bezeichnete Produkt und ihre/seine
Verfügbarkeit am Krankenhaus/Krankenhausstandort

Name Krankenhaus, Institutionskennzeichen, Anschrift

Name Standort, Standortkennzeichen, Anschrift

wird die Einhaltung der entsprechenden MUSS-Kriterien des jeweiligen FTB gemäß der Richtlinie zur Förderung von Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patientinnen und Patienten nach § 21 Absatz 2 KHSFV (Version 03 vom 03.05.2021) des Bundesamtes für Soziale Sicherung bestätigt.

oder

wird die Einhaltung folgender MUSS-Kriterien des jeweiligen FTB gemäß der Richtlinie zur Förderung von Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patientinnen und Patienten nach § 21 Absatz 2 KHSFV (Version 03 vom 03.05.2021) des Bundesamtes für Soziale Sicherung bestätigt:

Auflistung der entsprechenden MUSS-Anforderungen gemäß Anhang 1 der Vereinbarung

-
-
-
-

Diese Erklärung bezieht sich auf das Produkt, die Dienstleistung oder den digitalen Dienst zum Zeitpunkt der Beauftragung bzw. der erstmaligen Abnahme durch das Krankenhaus ().
Nachträglich vom Krankenhaus veranlasste oder vorgenommene Eingriffe bleiben unberücksichtigt.

Ort, Datum

Unterschrift Geschäftsführung Hersteller/Dienstleister

Anlage:

Nachweis(e) gemäß § 22 Absatz 2 Nummer 10 KHSFV über die Berechtigung nach § 21 Absatz 5 Satz 1 KHSFV.