

Einrichtungsnummer (KH-Plan)	Ort, Datum
KH-Name, KH-Träger und Anschrift des KH-Trägers	Auskunft erteilt (Telefon): E-Mailadresse:

**Niedersächsisches Ministerium für Soziales,  
Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung  
Referat 404 - Krankenhäuser  
Postfach 141  
30001 Hannover**

(1 Ausfertigung)

[krankenhausfinanzierung@ms.niedersachsen.de](mailto:krankenhausfinanzierung@ms.niedersachsen.de)

**Staatliches Baumanagement** [regionale Dienststelle]  
[postalische Anschrift]

(1 Ausfertigung)

E-Mail: [zentrale Poststelle des zuständigen SB](#)

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)/Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG)  
**Zwischennachweis über die Verwendung von Fördermitteln nach § 9 Absatz 1 KHG**

1. Bezeichnung der Investitionsmaßnahme (entspr. Bewilligungsbescheid):	
2. Bewilligungs-/Änderungsbescheid(e) vom / Aktenzeichen:	Maßnahme-Nr.
3. Darstellung der Finanzierung:	
	Euro
a) Fördermittel gem. § 9 Abs. 1 KHG entsprechend Bewilligungsbescheid	
b) Zinseinkünfte nach Ziff. 1.3 der Nebenbestimmungen	
c) Auszahlungen	Euro
Datum:	
<b>Auszahlungen insgesamt</b>	
d) Ausgaben lt. Bauausgabebuch – Stand: 31.12. d. Vorjahres	

4. Weiterer Fördermittelbedarf (nach Haushaltsjahren – ggf. auf ergänzender Anlage)

5. Sachbericht (Stand der Durchführung der Investitionsmaßnahme, Bauzeiten, Erläuterungen von Verzögerungen, voraussichtlicher Abschluss der Maßnahme – ggf. auf ergänzender Anlage)

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift / Signatur des Krankenhausträgers