

**Nachweisformular für Ausnahme nach § 4 Absatz 2 der Vereinbarung
(Wechsel des KIS/KAS-Systems)**

Hersteller/Dienstleister

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

Hiermit bestätigen wir, dass
für das gesamte Krankenhaus mit seinen Standorten (*bitte einzeln nennen*)

Name Krankenhaus, Institutionskennzeichen, Anschrift

Name Standort, Standortkennzeichen, Anschrift

oder

für den Standort

Name Standort, Standortkennzeichen, Anschrift

der Wechsel des Krankenhausinformationssystems (KIS) oder des Klinischen Arbeitsplatzsystems (KAS) mit Datum vom [TT/MM/JJJJ] beauftragt wurde. Die geplante Umsetzungszeit beträgt
Monate.

Ort, Datum

Unterschrift Geschäftsführung Hersteller/Dienstleister

Anlage: Auftrag, ggf. mit Projektplan (Zeitplanung)