

Medizinischer Dienst Nord | Postfach 10 43 24 | 20030 Hamburg

Medizinischer Dienst Nord  
Fachbereich Strukturprüfungen  
Hammerbrookstraße 5  
20097 Hamburg

Oder per E-Mail: strukturpruefung@md-nord.de

**Medizinischer Dienst  
Nord**

Hammerbrookstraße 5  
20097 Hamburg

Telefon 040 25169-0  
Telefax 040 25169-9111

info@md-nord.de  
www.md-nord.de

**Vorstandsvorsitzender:**  
Helge Neuwerk

HypoVereinsbank Hamburg  
IBAN: DE78 2003 0000 0616 2656 17  
BIC: HYVE DEMM 300

IK: 190200046

**Einverständniserklärung: Information per E-Mail über neu eingestellte Dokumente zu Leistungsgruppen-Prüfungen im MD-Portal**

Datum:

Ich möchte vom Medizinischen Dienst Nord eine Benachrichtigung per E-Mail erhalten, sobald im MD-Portal neue Dokumente zu Leistungsgruppen für mein Krankenhaus eingestellt werden und erkläre mich mit dem Erhalt dieser E-Mails einverstanden.

**Abteilung:**  
Abteilung Krankenhaus

Falls zu einem späteren Zeitpunkt auch Dokumente zu OPS-Strukturprüfungen und G-BA Prüfungen über das MD-Portal übermittelt werden, möchte ich auch vom Medizinischen Dienst Nord eine Benachrichtigung per E-Mail erhalten, sobald im MD-Portal neue Dokumente hierzu für mein Krankenhaus eingestellt werden und erkläre mich mit dem Erhalt dieser E-Mails einverstanden.

**Ansprechperson:**  
Teamassistenz  
Durchwahl -5850  
Faxdurchwahl  
strukturpruefung@md-nord.de

Ich nehme zur Kenntnis, dass es sich dabei um ein freiwilliges Angebot des MD Nord handelt und der MD Nord sich vorbehält, diesen Service jederzeit einzustellen. Im Falle der Einstellung des Service wird Sie der MD Nord über die Einstellung dieses Service vorab informieren.

**Ihr Zeichen:**

Ich bin einverstanden, dass die untenstehend gemachten Angaben zur Durchführung dieses Service elektronisch verarbeitet werden.

**Ihre Nachricht vom:**

Diese Erklärung kann mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden. Die aktuelle Datenschutzerklärung des MD Nord finden Sie unter <https://www.md-nord.de/datenschutz>.

**Unser Zeichen:**

**Erforderliche Angaben zur Empfängerin/Empfänger:**

Bezeichnung des Krankenhauses:

Institutskennzeichen (IK) des Krankenhauses:

Name der Ansprechperson:

Postalische Dienst-Adresse der Ansprechperson:

Dienstliche E-Mail-Adresse der Ansprechperson:

Falls zutreffend, abweichende dienstliche E-Mail Adresse zum Empfang der Benachrichtigungen:

Ort und Datum                    Unterschrift