

**Medizinischer Dienst Nord**

Abteilung Krankenhaus  
Fachbereich Strukturprüfungen  
Hammerbrookstr. 5  
20097 Hamburg

**→ Kontakt**

strukturpruefung@md-nord.de

## Formular 10.4 (gemäß § 15 Absatz 7 LOPS-RL): Information über Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen Standort



### Krankenhaus

Krankenhaus \_\_\_\_\_

Postanschrift des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse      Ja      Nein

Institutionskennzeichen (IK) \_\_\_\_\_



Bitte kennzeichnen  
Sie diese Anschrift  
**oder** die Anschrift  
des Standortes als  
Korrespondenz-  
adresse!



### Standort

Standort \_\_\_\_\_

Postanschrift des Standortes \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse      Ja      Nein

Standortnummer (neunstellig) \_\_\_\_\_



### Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Für die Tagesklinik**  
**liegt eine gültige Bescheinigung für den folgenden OPS-Kode vor** \_\_\_\_\_

### **Bisherige Angaben**

---

Bezeichnung der Tagesklinik (optional) \_\_\_\_\_

Bisherige Standortnummer (neunstellig) der Tagesklinik \_\_\_\_\_

Aktenzeichen der vorliegenden Bescheinigung \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum der vorliegenden Bescheinigung \_\_\_\_\_

### **Neue Angaben**

---

Neue Standortnummer (neunstellig) der Tagesklinik \_\_\_\_\_

Datum der Änderung \_\_\_\_\_

Ggf. neue Bezeichnung der Tagesklinik \_\_\_\_\_

**Es wird versichert, dass der Tagesklinik vom InEK eine neue Standortnummer zugeteilt wurde,  
die Strukturvoraussetzungen des OPS-Kodes unverändert erfüllt werden und kein Umzug an  
einen anderen Standort erfolgt ist.**

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_  
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur