

**Medizinischer Dienst Nord**  
Abteilung Krankenhaus  
Fachbereich Strukturprüfungen  
Hammerbrookstr. 5  
20097 Hamburg

→ **Kontakt**  
strukturpruefung@md-nord.de

## Formular 8.3: Mitteilung des Krankenhauses bei Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V

  
**Hinweis:**  
§ 275d SGB V seit  
Inkrafttreten KHVVG  
§ 275a SGB V



### 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

Telefon-Nummer  E-Mail

---

Hiermit teile ich dem Medizinischen Dienst Nord mit, dass mindestens ein Strukturmerkmal über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht eingehalten worden ist. Für den Zeitraum der Nichteinhaltung liegt eine gültige Bescheinigung vor.

OPS-Kode \_\_\_\_\_

Aktenzeichen des Ausgangsbescheids \_\_\_\_\_

Beginn des bescheinigten Zeitraums \_\_\_\_\_

Ende des bescheinigten Zeitraums \_\_\_\_\_

Datum des Beginns der Nichteinhaltung  
eines oder mehrerer Strukturmerkmale \_\_\_\_\_

Nicht eingehaltenes Strukturmerkmal/nicht eingehaltene Strukturmerkmale

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

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

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur