

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

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

Formular 10.4: 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 Korrespondenzadresse!



Standort

Standort

Postanschrift des Standortes

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neunstellig)



Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name

Telefon-Nummer E-Mail

Für die Tagesklinik
liegt eine gültige Bescheinigung für den folgenden OPS-Kode vor _____

Bisherige Angaben

Bezeichnung der Tagesklinik (optional) _____

Bisherige Standortnummer (neustellig) der Tagesklinik _____

Aktenzeichen der vorliegenden Bescheinigung _____

Ausstellungsdatum der vorliegenden Bescheinigung _____

Neue Angaben

Neue Standortnummer (neustellig) 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 eingehalten 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