

**Medizinischer Dienst Nord**

Abteilung Krankenhaus  
Fachbereich Strukturprüfungen  
Hammerbrookstr. 5  
20097 Hamburg

**→ Kontakt**

strukturpruefung@md-nord.de

## Formular 10.1 (gemäß § 15 Absatz 3 LOPS-RL): Mitteilung des Krankenhauses bei Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug am selben 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 \_\_\_\_\_

Hiermit zeige ich dem Medizinischer Dienst Nord den Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug an. Der Umzug erfolgt am selben Standort und der Name der Einheit bzw. Station ändert sich.

Für die Einheit bzw. Station mit der Bezeichnung vor dem Umzug  
liegt eine gültige Bescheinigung für den folgenden OPS-Kode vor \_\_\_\_\_

### Bisherige Angaben

---

Bisherige Bezeichnung der Einheit bzw. Station \_\_\_\_\_

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

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

### Neue Angaben

---

Neue Bezeichnung der Einheit bzw. Station \_\_\_\_\_

Umzug der Einheit bzw. Station abgeschlossen am \_\_\_\_\_

**Es wird versichert, dass die Strukturvoraussetzungen unverändert erfüllt werden.**

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

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

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