



Medizinischer Dienst Nordrhein

Medizinischer Fachbereich Stationäre Begutachtung
Sekretariat Struktur- und Qualitätsprüfungen
Berliner Allee 52
40212 Düsseldorf

→ Kontakt

Strukturanspruch@md-nordrhein.de

**Formular 10.5 (gemäß § 14 Absatz 6 LOPS-RL):
Anzeige gemäß § 275a Absatz 7 Satz 1 SGB V
(erstmalige Abrechnungsrelevanz)**



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 _____

OPS-Kode _____ **OPS-Version** _____

Ggf. Station/Einheit _____

Es wird angezeigt, dass die Strukturmerkmale des o. g. Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V am o. g. Standort als erfüllt und nachweisbar angesehen werden.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____, _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur