

**Team Consulting Stationär
Medizinischer Dienst Hessen**
Zimmersmühlenweg 23
61440 Oberursel

→ **Kontakt**
strukturpruefungen@md-hessen.de

Formular 8.1: 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 Korrespondenzadresse!



Standort

Standort

Postanschrift des Standortes

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neunstellig)



Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name

Telefon-Nummer E-Mail

Hiermit zeige ich dem Medizinischer Dienst Hessen 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 eingehalten werden.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur