

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

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

## Anlage 8.1: Mitteilung des Krankenhauses bei Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug am selben Standort (OPS-Version 2023)



### 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