

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

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

## Formular 8.6: Anzeige gemäß § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V (erstmalige oder erneute Leistungserbringung)



### 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

Telefon-Nummer  E-Mail

---

OPS-Kode \_\_\_\_\_ OPS-Version \_\_\_\_\_

**Es wird angezeigt, dass die Strukturmerkmale des o. g. Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V am o. g. Standort über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar angesehen werden.**

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

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

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur