

Team Consulting Stationär
Medizinischer Dienst Hessen
Zimmersmühlenweg 23
61440 Oberursel

→ Kontakt
strukturpruefungen@md-hessen.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