

Medizinischer Dienst Bayern

Ostendstraße 113a
90482 Nürnberg

→ Kontakt

Auftrag-KH-STROPS@md-bayern.de

Formular 10.3 (gemäß § 18 Absatz 1 LOPS-RL): Mitteilung des Krankenhauses bei Nichterfüllung von Strukturmerkmalen gemäß § 275a Absatz 6 Satz 5 SGB V



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

Hiermit teile ich dem Medizinischen Dienst Bayern mit, dass mindestens ein Strukturmerkmal über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllt worden ist. Für den Zeitraum der Nichterfüllung liegt eine gültige Bescheinigung vor.

OPS-Kode _____ Ggf. Station/Einheit _____

Aktenzeichen des Ausgangsbescheids _____

Beginn des bescheinigten Zeitraums _____

Ende des bescheinigten Zeitraums _____

Datum des Beginns der Nichterfüllung
eines oder mehrerer Strukturmerkmale _____

Nicht erfülltes Strukturmerkmal/nicht erfüllte Strukturmerkmale:

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur