

**Medizinischer Dienst Bayern**

Ostendstraße 113a  
90482 Nürnberg

**→ Kontakt**

Auftrag-KH-STROPS@md-bayern.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. Codes 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