

Medizinischer Dienst Bayern

Ostendstraße 113a
90482 Nürnberg

→ Kontakt

Auftrag-KH-STROPS@md-bayern.de

**Formular 10.6 (gemäß § 14 Absatz 5 LOPS-RL):
Anzeige gemäß § 275a Absatz 7 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

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 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. elektronische Signatur