

**Medizinischer Dienst Thüringen**  
Geschäftsstelle Strukturprüfungen  
Richard-Wagner-Str. 2a  
99423 Weimar

→ **Kontakt**  
Strukturpruefungen@md-th.de

## Formular 8.3: Mitteilung des Krankenhauses bei Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 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 \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

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

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

Aktenzeichen des Ausgangsbescheids \_\_\_\_\_

Beginn des bescheinigten Zeitraums \_\_\_\_\_

Ende des bescheinigten Zeitraums \_\_\_\_\_

Datum des Beginns der Nichteinhaltung  
eines oder mehrerer Strukturmerkmale \_\_\_\_\_

Nicht eingehaltenes Strukturmerkmal/nicht eingehaltene Strukturmerkmale

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

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

**Unterschrift** \_\_\_\_\_  
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur