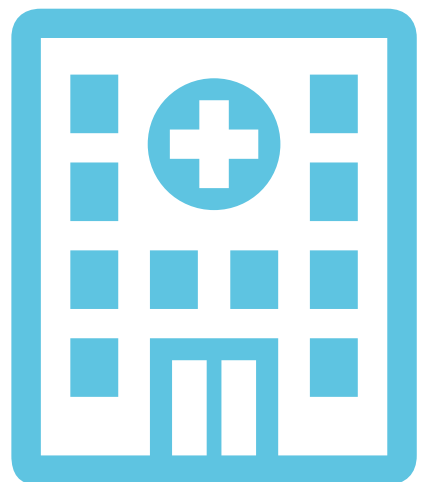


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund  
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V

Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen  
und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1  
Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)

## Anlage 10: Formulare für Mitteilungen an den Medizinischen Dienst



## **Anlage 10: Formulare für Mitteilungen des Krankenhauses an den Medizinischen Dienst**

### **Die folgenden Formulare sind anzuwenden bei:**

- Umzug einer OPS-bezogenen Leistungserbringung am selben Standort  
(Formular 10.1 gemäß § 15 Absatz 3 LOPS-RL)
- Änderungen des Krankenhausträgers, z. B. bei Verkauf, Übernahme oder Fusion  
(Formular 10.2 gemäß § 15 Absatz 4 LOPS-RL)
- Nichterfüllung von Strukturmerkmalen gemäß § 275a Absatz 6 Satz 5 SGB V  
(Formular 10.3 gemäß § 18 Absatz 1 LOPS-RL)
- Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen Standort  
(Formular 10.4 gemäß § 15 Absatz 7 LOPS-RL)

**Medizinischer Dienst Musterland**

Musterstraße 12  
34567 Musterstadt

**→ Kontakt**

Strukturpruefungen@md-musterland.de

## Formular 10.1 (gemäß § 15 Absatz 3 LOPS-RL): Mitteilung des Krankenhauses bei Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug am selben Standort



### 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 zeige ich dem Medizinischen Dienst \_\_\_\_\_  
den Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug an. Der Umzug  
erfolgt am selben Standort und der Name der Einheit bzw. Station ändert sich.

Für die Einheit bzw. Station mit der Bezeichnung vor dem Umzug  
liegt eine gültige Bescheinigung für den folgenden OPS-Kode vor \_\_\_\_\_

### Bisherige Angaben

---

Bisherige Bezeichnung der Einheit bzw. Station \_\_\_\_\_

Aktenzeichen der vorliegenden Bescheinigung \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum der vorliegenden Bescheinigung \_\_\_\_\_

### Neue Angaben

---

Neue Bezeichnung der Einheit bzw. Station \_\_\_\_\_

Umzug der Einheit bzw. Station abgeschlossen am \_\_\_\_\_

**Es wird versichert, dass die Strukturvoraussetzungen unverändert erfüllt werden.**

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

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

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

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

**Medizinischer Dienst Musterland**

Musterstraße 12  
34567 Musterstadt

**→ Kontakt**

Strukturpruefungen@md-musterland.de

## Formular 10.2 (gemäß § 15 Absatz 4 LOPS-RL): Mitteilung des Krankenhauses bei Änderung des Krankenhausträgers



### Krankenhaus

Krankenhausname \_\_\_\_\_

(Ggf. neuer Krankenhausname) \_\_\_\_\_

Postanschrift des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse ☐ Ja ☐ Nein

(Ggf. neue Postanschrift des Krankenhauses) \_\_\_\_\_

(Korrespondenzadresse ☐ Ja ☐ Nein)

Institutionskennzeichen (IK) \_\_\_\_\_

(Ggf. neues Institutionskennzeichen) \_\_\_\_\_



Bitte kennzeichnen  
Sie diese Anschrift  
**oder** die Anschrift  
des Standortes als  
Korrespondenz-  
adresse!



### Standort

Standort \_\_\_\_\_

Postanschrift des Standortes \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse ☐ Ja ☐ Nein

Standortnummer (neunstellig) \_\_\_\_\_

(Ggf. neue Standortnummer (neunstellig)) \_\_\_\_\_



## Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Hiermit zeige ich dem Medizinischen Dienst \_\_\_\_\_  
die Änderung des Krankenhausträgers z. B. infolge Verkauf, Übernahme  
oder Fusion mit Wirkung zum \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ) an.  
Ich beantrage hiermit die Umschreibung folgender Bescheinigungen:

[illegible]

Sollte der Umfang der Tabelle unzureichend sein, ist eine Anlage mit ergänzenden Tabellenangaben beizufügen.

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

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur

## Zurücksetzen

**Medizinischer Dienst Musterland**

Musterstraße 12  
34567 Musterstadt

**→ Kontakt**

Strukturpruefungen@md-musterland.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 \_\_\_\_\_  
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

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

**Medizinischer Dienst Musterland**

Musterstraße 12  
34567 Musterstadt

**→ Kontakt**

Strukturpruefungen@md-musterland.de

## Formular 10.4 (gemäß § 15 Absatz 7 LOPS-RL): Information über Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen Standort



### 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 \_\_\_\_\_

**Für die Tagesklinik**  
**liegt eine gültige Bescheinigung für den folgenden OPS-Kode vor** \_\_\_\_\_

### **Bisherige Angaben**

---

Bezeichnung der Tagesklinik (optional) \_\_\_\_\_

Bisherige Standortnummer (neunstellig) der Tagesklinik \_\_\_\_\_

Aktenzeichen der vorliegenden Bescheinigung \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum der vorliegenden Bescheinigung \_\_\_\_\_

### **Neue Angaben**

---

Neue Standortnummer (neunstellig) der Tagesklinik \_\_\_\_\_

Datum der Änderung \_\_\_\_\_

Ggf. neue Bezeichnung der Tagesklinik \_\_\_\_\_

**Es wird versichert, dass der Tagesklinik vom InEK eine neue Standortnummer zugeteilt wurde,  
die Strukturvoraussetzungen des OPS-Kodes unverändert erfüllt werden und kein Umzug an  
einen anderen Standort erfolgt ist.**

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

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

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

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**