

Medizinischer Dienst Bayern

Ostendstraße 113a
90482 Nürnberg

→ Kontakt

Auftrag-KH-STROPS@md-bayern.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 Korrespondenzadresse!



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 Bayern 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