Medizinischer Dienst

Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
Team Struktur- und Qualitätsprüfungen
Breiter Weg 19c
39104 Magdeburg

StrOPS[at]md-san.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

Bitte kennzeichnen Sie diese Anschrift **oder** die Anschrift des Standortes als Korrespondenzadresse!

Krankenhaus _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse ◯ Ja ◯ Nein

Institutionskennzeichen (IK) _____

Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse ◯ Ja ◯ Nein

Standortnummer (neunstellig) _____

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Medizinischer Dienst

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