

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