

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