Medizinischer Dienst
Mecklenburg-Vorpommern

Medizinischer Dienst M-V
Hauptverwaltung
Krankenhaus-Strukturprüfungen
Lessingstraße 33
19059 Schwerin

→ Kontakt
03831 43492-00 (Dr. Dittberner)
0385 48936-00 (Dr. Greiner-Leben)
strops@md-mv.de

Anlage 8.1: Mitteilung des Krankenhauses bei Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug am selben Standort (OPS-Version 2023)

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 zeige ich dem Medizinischer Dienst Mecklenburg-Vorpommern 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 eingehalten werden.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur

Speichern | Drucken | Zurücksetzen