

Medizinischer Dienst Niedersachsen
Team Strukturprüfungen
30517 Hannover

→ **Kontakt**
strukturops@md-niedersachsen.de

Formular 8.6: Anzeige gemäß § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V (erstmalige oder erneute Leistungserbringung)



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

Telefon-Nummer E-Mail



OPS-Kode _____ OPS-Version _____

Es wird angezeigt, dass die Strukturmerkmale des o. g. Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V am o. g. Standort über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar angesehen werden.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur