

Medizinischer Dienst Niedersachsen
Team Strukturprüfungen
30517 Hannover

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

Formular 8.3: Mitteilung des Krankenhauses bei Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V



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 teile ich dem Medizinischen Dienst Niedersachsen mit, dass mindestens ein Strukturmerkmal über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht eingehalten worden ist. Für den Zeitraum der Nichteinhaltung liegt eine gültige Bescheinigung vor.

OPS-Kode _____

Aktenzeichen des Ausgangsbescheids _____

Beginn des bescheinigten Zeitraums _____

Ende des bescheinigten Zeitraums _____

Datum des Beginns der Nichteinhaltung
eines oder mehrerer Strukturmerkmale _____

Nicht eingehaltenes Strukturmerkmal/nicht eingehaltene Strukturmerkmale

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur