

**Medizinischer Dienst Niedersachsen**  
Team Strukturprüfungen  
30517 Hannover

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

## Formular 8.4: 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 Korrespondenzadresse!



### Standort

---

Standort

Postanschrift des Standortes

Korrespondenzadresse  Ja  Nein

Standortnummer (neunstellig)



### Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

---

Name

Telefon-Nummer  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 eingehalten werden und kein Umzug an einen anderen Standort erfolgt ist.**

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_  
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur