



Medizinischer Dienst Niedersachsen
Team Strukturprüfungen
30517 Hannover

→ Kontakt
strukturops@md-niedersachsen.de

Formular 10.3 (gemäß § 18 Absatz 1 LOPS-RL): Mitteilung des Krankenhauses bei Nichterfüllung von Strukturmerkmalen gemäß § 275a Absatz 6 Satz 5 SGB V



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 _____

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 _____ **Ggf. Station/Einheit** _____

Aktenzeichen des Ausgangsbescheids _____

Beginn des bescheinigten Zeitraums _____

Ende des bescheinigten Zeitraums _____

Datum des Beginns der Nichterfüllung
eines oder mehrerer Strukturmerkmale _____

Nicht erfülltes Strukturmerkmal/nicht erfüllte Strukturmerkmale:

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____, _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur