

**Medizinischer Dienst Nordrhein**

Medizinischer Fachbereich Stationäre Versorgung  
Sekretariat Struktur- und Qualitätsprüfungen  
Berliner Allee 52  
40212 Düsseldorf

**→ Kontakt**

Strukturantrag@md-nordrhein.de

## Formular 8.1: Mitteilung des Krankenhauses bei Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug am selben 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

---

Hiermit zeige ich dem Medizinischer Dienst Nordrhein 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