Medizinischer Dienst
Westfalen-Lippe

Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe
-Strukturprüfungen-
Postfach 5320
48029 Münster

Formular 10.4: Information über Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen Standort

Krankenhaus

Bitte kennzeichnen Sie diese Anschrift **oder** die Anschrift des Standortes als Korrespondenz-adresse!

Krankenhaus _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse ◯ Ja ◯ Nein

Institutionskennzeichen (IK) _____

Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse ◯ Ja ◯ Nein

Standortnummer (neunstellig) _____

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name _____

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

Für die Tagesklink
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. elektronische Signatur

Speichern | Drucken | Zurücksetzen