

**Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt**  
Team Struktur- und Qualitätsprüfungen  
Breiter Weg 19c  
39104 Magdeburg

→ **Kontakt**  
StrOPS@md-san.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 Sachsen-Anhalt 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