

**Medizinischer Dienst Bremen**

Falkenstr. 9  
28195 Bremen

**→ Kontakt**

Strops@md-bremen.com

## Formular 10.6 (gemäß § 14 Absatz 5 LOPS-RL): Anzeige gemäß § 275a Absatz 7 Satz 2 SGB V (erstmalige oder erneute Leistungserbringung)



### 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 \_\_\_\_\_

OPS-Kode \_\_\_\_\_ OPS-Version \_\_\_\_\_

Ggf. Station/Einheit \_\_\_\_\_

Es wird angezeigt, dass die Strukturmerkmale des o. g. Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V am o. g. Standort über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar angesehen werden.

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

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

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