

**Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg**  
Region K-10 Qualitätsprüfungen Krankenhaus  
Lise-Meitner-Straße 1  
10589 Berlin

## Formular 8.4: Information über Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen 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 \_\_\_\_\_

Für die Tagesklinik  
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. qualifizierte elektronische Signatur