

**Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe**

-Strukturprüfungen-  
Postfach 5320  
48029 Münster

## Formular 8.3: Mitteilung des Krankenhauses bei Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V

  
**Hinweis:**  
§ 275d SGB V seit  
Inkrafttreten KHVVG  
§ 275a SGB V



### 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

Telefon-Nummer       E-Mail

Hiermit teile ich dem Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe mit, dass mindestens ein Strukturmerkmal über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht eingehalten worden ist. Für den Zeitraum der Nichteinhaltung liegt eine gültige Bescheinigung vor.

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

Aktenzeichen des Ausgangsbescheids \_\_\_\_\_

Beginn des bescheinigten Zeitraums \_\_\_\_\_

Ende des bescheinigten Zeitraums \_\_\_\_\_

Datum des Beginns der Nichteinhaltung  
eines oder mehrerer Strukturmerkmale \_\_\_\_\_

Nicht eingehaltenes Strukturmerkmal/nicht eingehaltene Strukturmerkmale

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

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

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