

**Medizinischer Dienst Saarland**

Dudweiler Landstr. 151  
66123 Saarbrücken

**→ Kontakt**

strukturpruefungen@md-saarland.de

## Formular 8.5: Anzeige gemäß § 275d Absatz 1a Satz 1 SGB V (erstmalige Abrechnungsrelevanz)

  
**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 \_\_\_\_\_

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

Es wird angezeigt, dass die Strukturmerkmale des o. g. Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V am o. g. Standort als erfüllt und nachweisbar angesehen werden.

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

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

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