

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-945

**Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl
und Kindergesundheit (OPS-Version 2021)**

Krankenhausname _____

Ort _____

ggf. Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / ggf. Station _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch anzuwendenden Pflege-/Therapiebereiche sind mehrere mitarbeitende Personen namentlich aufzuführen.

Das multiprofessionelle Team besteht aus:

Ärzte:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Psychologen:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Fachkräfte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Die Behandlungsleitung liegt bei einem:

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Kinderchirurgie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____