

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-60

Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (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.

Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden:

Ja Nein

Behandlungsleitung(en) (Namen, Vornamen)

Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

Ja Nein

Namen, Vornamen

Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder
Master of Science in Psychologie):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Logopäden:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Kreativtherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten (z. B. Sporttherapeuten, Arbeitstherapeuten):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Es sind Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) vorhanden:

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 _____