

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-643

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/ Vater-Kind-Setting) (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 besteht die Möglichkeit zu einem Rooming-In und einem Eltern-Kind-gerechten Aufenthalts- und Spielraum:

Ja Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte sind Teil des Behandlungsteams:

Kinderkrankenpfleger:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Erzieher:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Heilerzieher:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Heilpädagogen:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Sonstige pädagogisch-pflegerische Fachkräfte
(z. B. Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

**Es besteht die Möglichkeit einer fachübergreifenden konsiliarischen Betreuung
der Mutter durch eine(n) Hebamme/Stillberater im Hause:**

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/Stillberatern:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Ein Pädiater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater steht mindestens konsiliarisch zur Verfügung:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____