

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 9-694

### Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2025)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ggf. Fachabteilung \_\_\_\_\_

**Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr  
(bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum  
vollendeten 21. Lebensjahr):**

Ja      Nein

Benennung und Beschreibung der Spezialstation

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.**

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_