

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-999.3

Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (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 eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses vorhanden:

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____