

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**8-559**

**Fachübergreifende und andere Frührehabilitation  
(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 Frührehabteam steht unter der Behandlungsleitung eines Facharztes für physikalische und rehabilitative Medizin:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

unter der Behandlungsleitung eines Facharztes, der mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig ist:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

unter der Leitung eines Facharztes, der 5 Jahre Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin aufweist:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Besonders geschultes Pflegepersonal für die aktivierend-therapeutische Pflege ist vorhanden:**

Ja      Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

---

**Vorhandensein von mindestens vier der folgenden Therapiebereiche:**

Physiotherapie/Krankengymnastik:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie/Psychologie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Psychotherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie):

Ja

Nein

Welche?

Namen, Vornamen

Dysphagietherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Professionen bzw. Disziplinen

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

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