

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-985

**Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker
[Qualifizierter Entzug] (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.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie: Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung: Ja Nein

Namen, Vornamen

Im letztgenannten Fall verfügt das für den qualifizierten Entzug zuständige Team über kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Sachverstand (z. B. mehrmals wöchentliche Konsiliartätigkeit eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie):

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Behandlung erfolgt durch ein multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervisiertes Behandlungsteam mit:

Ärzten: Ja Nein

Namen, Vornamen

Psychologischen Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten: Ja Nein

Namen, Vornamen

Sozialpädagogen: Ja Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten: Ja Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Krankenpflege mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation
(z. B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung):

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 _____