

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 9-61

### Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (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 ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden:**

Ja      Nein

Behandlungsleitung(en) (Namen, Vornamen)

---

**Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:**

Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder  
Master of Science in Psychologie):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Logopäden:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Kreativtherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten (z. B. Sporttherapeuten, Arbeitstherapeuten):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

**Es sind Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger,  
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger)  
vorhanden:**

Ja

Nein

Namen, Vornamen

**Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Professionen

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

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