

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-642

Integrierte klinisch-psycho-somatisch- psychotherapeutische Komplexbehandlung 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.

Über 24 Stunden vorhandene Infrastruktur
eines Krankenhauses:

Ja Nein

mit

verfügbarem Notfall-Labor:

Ja Nein

und

verfügbarer Notfall-Röntgendiagnostik:

Ja Nein

Erläuterung

Geregelter Zugang zu einer somatischen Intensivstation:

Ja Nein

und

geregelter Zugang zu einer somatischen Fachabteilung (z. B. Innere Medizin,
Neurologie, Orthopädie, Gynäkologie, Hämatonkologie):

Ja Nein

Erläuterung

Es ist ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Team vorhanden:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Professionen bzw. Disziplinen

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin), einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Facharzt für Psychiatrie oder einen Facharzt für Nervenheilkunde:

Ja Nein

Namen, Vornamen

und

bei dem behandelnden Facharzt liegt eine weitere, somatische Facharztqualifikation (Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Neurologie, Orthopädie, Anästhesiologie/Schmerztherapie) vor:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

es ist ein weiterer Arzt mit einer somatischen Facharztqualifikation (Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Neurologie, Orthopädie, Anästhesiologie/Schmerztherapie) im Team vorhanden:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die arbeitstägliche Anwesenheit eines Arztes ist gewährleistet, um ggf. kurzfristig somatische Problemlagen behandeln zu können:

Ja Nein

Fachabteilung, Erläuterung

Es besteht in mindestens einem somatischen Fach eine qualifizierte ärztliche Rufbereitschaft am Standort des Krankenhauses über 24 Stunden täglich:

Ja Nein

Fachabteilung, Erläuterung

Pflegerische Behandlung auch bettlägeriger Patienten ist grundsätzlich über 24 Stunden täglich gewährleistet:

Ja Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____