

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-64a

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2021)

Krankenhausname _____

Ort _____

ggf. Standort / Standortnummer _____ / _____

ggf. Einheit _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch anzuwendenden Pflege-/Therapiebereiche sind mehrere mitarbeitende Personen namentlich aufzuführen.

Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie am Standort des Krankenhauses vorhanden:

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Es ist eine Fachabteilung für Psychiatrie am Standort des Krankenhauses vorhanden:

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Es ist eine Fachabteilung für Psychosomatik am Standort des Krankenhauses vorhanden:

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Es ist eine spezialisierte Einheit mit dualem kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psychosomatischen/-psychotherapeutischen Setting vorhanden:

Ja Nein

Benennung und Beschreibung der spezialisierten Einheit

Es ist eine duale Behandlungsleitung vorhanden:

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

und

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Es wird ein familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit der Möglichkeit von Eltern-Kind-Rooming-In, einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern vorgehalten:

Ja Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____