

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 9-65

### Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (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 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhanden:**

Ja      Nein

Behandlungsleitung(en) (Namen, Vornamen)

**Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:**

Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):      Ja      Nein

Namen, Vornamen

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen

### Es sind Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Heilpädagogen:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Logopäden:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten (z. B. Mototherapie):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

**Es sind pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) 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** \_\_\_\_\_