

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-801

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Mobiles multiprofessionelles Team:

Ja Nein

Beschreibung der Mobilität des Teams

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein Vertreter folgender Berufsgruppen:

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

Namen, Vornamen

Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten
(Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten,
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-,
Kreativtherapeuten, Logopäden):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft) sichergestellt:

Ja Nein

Beschreibung /Erläuterung der Erreichbarkeit

Jederzeitige (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche) ärztliche Eingriffsmöglichkeit:

Ja Nein

Erläuterung/Beschreibung der ärztlichen Eingriffsmöglichkeit

Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung:

Ja Nein

Erläuterung/Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____