

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98b.2

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams namentlich aufzuführen.

Die Behandlung erfolgt auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team:

Ja Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit (z. B. Bezeichnung, Bettenzahl)

Mitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams:

Namen, Vornamen

Fachliche Behandlungsleitung durch:

Facharzt für Neurologie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Innere Medizin:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin ist im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden:

Ja

Nein

Erläuterung

In der spezialisierten Schlaganfallereinheit ist ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung

24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):

Ja Nein

Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit der CT-Angiographie oder MR-Angiographie:

CT-Angiographie: Ja Nein

MR-Angiographie: Ja Nein

Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses:

Ja Nein

Erläuterung

Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße:

Ja Nein

Erläuterung

Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen:

Blutdruck: Ja Nein

Herzfrequenz: Ja Nein

3-Kanal-EKG: Ja Nein

Atmung: Ja Nein

Sauerstoffsättigung: Ja Nein

Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:

Physiotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): Ja Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): Ja Nein

Namen, Vornamen

Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____