

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 2022)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fachabteilung / Einheit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

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

Ja      Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl, ärztliche Leitung)

oder

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

Ja      Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl, ärztliche Leitung)

oder

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

Ja      Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl, ärztliche Leitung)

**Es ist eine spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit mit dualen kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psychosomatischen/-psychotherapeutischen Setting vorhanden:**

Ja      Nein

Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organisatorisch abgegrenzten 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 ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum vorhanden:**

Ja      Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

**Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:**

Ja      Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

**Es wird ein Rooming-In vorgehalten:**

Ja      Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_