

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-68

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

Es ist eine spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit vorhanden:

Ja Nein

Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organisatorisch abgegrenzten Einheit

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

Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhanden:

Ja Nein

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

Es sind Vertreter der folgenden 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 mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten: Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter: Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen: Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Bewegungstherapeuten: Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Erlebnistherapeuten: Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Kreativtherapeuten: Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

sonstige Spezialtherapeuten: 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

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____