

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-801

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

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

Es ist ein mobiles multiprofessionelles Team vorhanden:

Ja Nein

Beschreibung der Mobilität des Teams

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

Ja Nein

Namen, Vornamen

Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten:

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

Namen, Vornamen

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

Ja Nein

Namen, Vornamen

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

Ja Nein

Namen, Vornamen

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

Ja

Nein

Namen, Vornamen

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

Ja

Nein

Beschreibung /Erläuterung der Erreichbarkeit

Gewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche):

Ja

Nein

Erläuterung

**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 _____