

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**8-988**

**Spezielle Komplexbehandlung der Hand  
(OPS-Version 2021)**

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

ggf. Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fachabteilung / ggf. Station \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch anzuwendenden Pflege-/Therapiebereiche sind mehrere mitarbeitende Personen namentlich aufzuführen.

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**oder**

**durch einen Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Problemstellungen in Kooperation mit einem Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung (3-jährige Erfahrung)

**Die 24-stündige ärztliche Verfügbarkeit (mindestens durch Rufbereitschaft)  
eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie ist gewährleistet:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Durchführung der Behandlung unter der Leitung von Physiotherapeuten und/  
oder Ergotherapeuten mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung  
handchirurgischer Patienten:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung (3-jährige Erfahrung)

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_