

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98h.1

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (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.

Es steht ein externer Palliativdienst zur Verfügung:

Ja Nein

Name des externen Leistungsanbieters

Es ist ein multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team vorhanden:

Ja Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Mindestens ein Vertreter eines weiteren Bereiches
(Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie):

Namen, Vornamen, Professionen

Das multiprofessionelle Team ist abteilungsübergreifend tätig: Ja Nein

Das multiprofessionelle Team ist organisatorisch eigenständig: Ja Nein

Erläuterung

**Der Palliativdienst bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten
in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden
Abteilung ab:**

Ja Nein

Erläuterung

**Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung
Palliativmedizin:**

Ja Nein

Namen, Vornamen

**und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
Palliativversorgung:**

Ja Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden:

Ja Nein

Namen, Vornamen

und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:

Ja Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

**Gewährleistung einer 24-stündigen Erreichbarkeit und bei fachlicher
Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes, der die aktuellen Probleme der
Patienten kennt:**

Ja Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

**mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
Palliativversorgung:**

Ja Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Außerhalb der werktäglichen (Montag bis Freitag) Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein:

Ja Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____