

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-63

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (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 ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden:

Ja Nein

Behandlungsleitung(en) (Namen, Vornamen)

Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

Ja Nein

Namen, Vornamen

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

Ja Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten: Ja Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter: Ja Nein

Namen, Vornamen

Ökotrophologen: Ja Nein

Namen, Vornamen

Sportlehrer: Ja Nein

Namen, Vornamen

Kreativtherapeuten (z. B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie): Ja Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten
(z. B. Gestaltungs-, Körper- und Bewegungstherapie, Sporttherapie): Ja Nein

Namen, Vornamen

Es sind Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) vorhanden:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Professionen:

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____