

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**9-701**

**Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung 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 mobiles multiprofessionelles Team vorhanden:**

Ja      Nein

Erläuterung

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe:**

Ja      Nein

Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

Ja      Nein

Namen, Vornamen

---

Pflegfachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger):

Ja      Nein

Namen, Vornamen

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

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten,  
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Logopäden, Kreativtherapeuten):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

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

Ja

Nein

Namen, Vornamen

**Gewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche) mit der Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme:**

Ja      Nein

Erläuterung

**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** \_\_\_\_\_