

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-98b.2

### Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fachabteilung / Einheit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Die Behandlung erfolgt auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team:

Ja      Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit (z. B. Bezeichnung, Bettenzahl)

---

**Fachliche Behandlungsleitung durch:**

Facharzt für Neurologie:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Innere Medizin:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin ist in der spezialisierten Schlaganfallereinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:**

Ja      Nein

Erläuterung

**Eingebundene Fachärzte für Neurologie:**

Namen, Vornamen

**24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):**

Ja      Nein

Erläuterung

### 24-stündige Verfügbarkeit der CT-Angiographie oder MR-Angiographie:

CT-Angiographie: Ja Nein

MR-Angiographie: Ja Nein

Erläuterung

### 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses:

Ja Nein

Erläuterung

### Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße:

Ja Nein

Erläuterung

### Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen:

Blutdruck: Ja Nein

Herzfrequenz: Ja Nein

3-Kanal-EKG: Ja Nein

Atmung: Ja Nein

Sauerstoffsättigung: Ja Nein

### Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:

Physiotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): Ja      Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): Ja      Nein

Namen, Vornamen

Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): Ja      Nein

Namen, Vornamen

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_