

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-65

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2023)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:

Ja Nein

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

Vertreter folgender Berufsgruppen:

Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):

Ja Nein

Namen, Vornamen

Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen:

Ergotherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Logopäden:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Bewegungstherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Erlebnistherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Kreativtherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher):

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____