

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-644

Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie [CRT] oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

**Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort
des Krankenhauses vorhanden:**

Ja

Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____