

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 9-67

### Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Ggf. Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

**Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhanden:**

Ja      Nein

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

**Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:**

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Es sind Spezialtherapeutengruppen vorhanden:**

Ergotherapeuten: Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter: Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen: Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

Bewegungstherapeuten: Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

Erlebnistherapeuten: Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

---

Kreativtherapeuten: Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

sonstige Spezialtherapeuten: Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Es sind pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) vorhanden:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

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