

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-643

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

Es ist ein Eltern-Kind-Rooming-In vorhanden:

Ja Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Bei ausschließlich tagesklinischer Behandlung ist zumindest ein gemeinsamer Ruheraum für Kinder vorhanden:

Ja Nein trifft nicht zu

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Es ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum vorhanden:

Ja Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:

Ja Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte sind Teil des Behandlungsteams:

Kinderkrankenpfleger:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Erzieher:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilerzieher:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

sonstige pädagogisch-pflegerische Fachkräfte:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Es besteht die Möglichkeit einer fachübergreifenden konsiliarischen Betreuung der Mutter durch eine(n) Hebamme/Stillberater im Hause:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/Stillberatern:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Ein Pädiater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater ist mindestens konsiliarisch vorhanden:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____