

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-701

**Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei
Erwachsenen (OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

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

Mobiles multiprofessionelles Team:

Ja Nein

Beschreibung der Mobilität des Teams

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Vorhandensein Vertreter folgender Berufsgruppen:

Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie,
Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie):

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkranken-
pfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger):

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

und

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

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten,
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Logopäden, Kreativtherapeuten):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft) sichergestellt:

Ja Nein

Beschreibung/Erläuterung der Erreichbarkeit

Jederzeitige (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche) ärztliche Eingriffsmöglichkeit:

Ja Nein

Erläuterung/Beschreibung der ärztlichen Eingriffsmöglichkeit

Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung:

Ja Nein

Erläuterung/Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____