

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**8-559**

**Fachübergreifende und andere Frührehabilitation  
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

**Frührehteam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

**mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, der mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig ist:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

**mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, der 5 Jahre Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin aufweist:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Besonders geschultes Pflegepersonal für die aktivierend-therapeutische Pflege ist vorhanden:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Vorhandensein von mindestens vier der folgenden Therapiebereiche:**

Physiotherapie/Krankengymnastik:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie/Psychologie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie: Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie): Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Dysphagietherapie: Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_