

## Strukturdaten zum OPS

### **8-98h.1** Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

**Name des externen Leistungsanbieters:**

**Sofern der Facharzt mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt, außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit die 24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit die Anwesenheit sicherstellt, nicht dem organisatorisch eigenständigen Palliativteam des externen Leistungserbringers angehört, sondern vom Krankenhaus gestellt wird, in dem die palliativmedizinische Behandlung durchgeführt wird**

Ärzte (Namen, Vornamen, Facharztqualifikation)

Erläuterung der 6-monatigen Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung

**sowie**

Darstellung, dass die aktuellen Probleme der Patienten bekannt sind

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.**

Ort, Datum

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_