

Strukturdaten zum OPS

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

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

Mobiles multiprofessionelles Team:

Ja

Nein

Beschreibung der Mobilität des Teams

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:

Namen, Vornamen

Vorhandensein Vertreter folgender Berufsgruppen:

Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Ja Nein

Namen, Vornamen

Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden):

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 von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____, _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):
