

Strukturdaten zu den OPS

8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Zur Prüfung beantragte OPS:

8-918 Ja Nein

8-91c Ja Nein

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

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung
Spezielle Schmerztherapie:**

Namen, Vornamen

Zusätzlich bei OPS 8-91c

Zum Team gehört ein ärztlicher Psychotherapeut:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikation

oder

ein psychologischer Psychotherapeut:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikation

oder

ein Fachpsychotherapeut:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikation

Zusätzlich bei OPS 8-91c
Vorhandensein von:

Physiotherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Sporttherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

anderen körperlich übenden Verfahren:

Ja

Nein

Beschreibung

Namen, Vornamen

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

Ort, Datum

_____, _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):
