

Strukturdaten zum OPS

9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____



Hinweis: Wird die Leistung in unterschiedlichen Fachabteilungen erbracht, sind die
Strukturdaten für jede Fachabteilung gesondert auszufüllen

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

Vorhandensein einer somatischen Intensivstation und/oder Intermediate Care am Standort des Krankenhauses:

Ja

Nein

Beschreibung der Station

Hinweis: Angaben nur erforderlich, wenn die somatische Intensivstation und/oder Intermediate Care noch nicht geprüft wurde.

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin), einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Facharzt für Psychiatrie mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder einen Facharzt für Nervenheilkunde mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

und

bei dem behandelnden Facharzt liegt eine weitere somatische Facharztqualifikation (Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Neurologie, Orthopädie, Anästhesiologie/Schmerztherapie) vor:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

es ist ein weiterer Arzt mit einer somatischen Facharztqualifikation im Team vorhanden:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Facharztqualifikation

**Die arbeitstägliche Anwesenheit eines Arztes ist gewährleistet,
um ggf. kurzfristig psychische Problemlagen behandeln zu können:**

Ja

Nein

Fachabteilung, Erläuterung:

**Es besteht in mindestens einem somatischen Fach eine qualifizierte ärztliche
Rufbereitschaft am Standort des Krankenhauses über 24 Stunden täglich:**

Ja

Nein

Fachabteilung, Erläuterung

**Pflegerische Behandlung auch bettlägeriger Patienten ist grundsätzlich über
24 Stunden täglich gewährleistet:**

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Erläuterung

Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum am Standort in jeder Schicht eine Pflegefachperson eingesetzt war. Mindestens diese Pflegefachpersonen und deren Qualifikationen sind hier zu benennen.

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

Ort, Datum

_____, _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):
