

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-934

### Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntem Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2021)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

ggf. Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fachabteilung / ggf. Station \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch anzuwendenden Pflege-/Therapiebereiche sind mehrere mitarbeitende Personen namentlich aufzuführen.

Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses vorhanden:

Ja      Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Namen, Vornamen

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_