

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-68

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (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 ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhanden:

Ja Nein

Behandlung(en) (Namen, Vornamen)

Es sind Vertreter der folgenden Berufsgruppen vorhanden:

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

Namen, Vornamen

Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,
Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder
Master of Science in Psychologie):

Ja Nein

Namen, Vornamen

Es sind Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten: Ja Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter: Ja Nein

Namen, Vornamen

Heilpädagogen: Ja Nein

Namen, Vornamen

Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten (z. B. Kunsttherapie): Ja Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten
(z. B. Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie): Ja Nein

Namen, Vornamen

Es sind pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) vorhanden:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____