

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 9-65

### Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ggf. Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

**Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:**

Ja Nein

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

**Vertreter folgender Berufsgruppen:**

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

Ja Nein

Namen, Vornamen

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

### Mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen:

Ergotherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Logopäden:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Bewegungstherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

---

Erlebnistherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Kreativtherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_