

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 9-60

### Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

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

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:**

Ja      Nein

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen, Qualifikationen)

**Vertreter folgender Berufsgruppen:**

Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten  
(Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1  
Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes  
(PsychThG), Fachpsychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie):

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

#### Spezialtherapeuten

Ergotherapeuten:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

Physiotherapeuten:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

Logopäden: Ja      Nein

Namen, Vornamen

oder

Kreativtherapeuten: Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten: Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger):**

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_