

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-91c

Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (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.

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung
Spezielle Schmerztherapie:**

Ja Nein

Namen, Vornamen

Zum Team gehört ein ärztlicher Psychotherapeut:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

ein psychologischer Psychotherapeut:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein folgender Verfahrensarten:

Körperlich übende Verfahren (z. B. aktivierende Physiotherapie, Trainingstherapie, Ausdauertraining, Dehnungsübungen, sensomotorisches Training, Ergotherapie, Arbeitsplatztraining):

Ja

Nein

Welche?

Namen, Vornamen

oder

Physiotherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Sporttherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Professionen bzw. Disziplinen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____