

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-97d

Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (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.

Die Behandlungsleitung des Teams wird wahrgenommen von einem
Facharzt für Neurologie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein mindestens der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Physikalische Therapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

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 _____