

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-91c

Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams 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 von:

Physiotherapie: Ja Nein

| |
|-----------------|
| Namen, Vornamen |
|-----------------|

oder

Sporttherapie: Ja Nein

| |
|-----------------|
| Namen, Vornamen |
|-----------------|

oder

anderen körperlich übenden Verfahren: Ja Nein

| |
|--------------|
| Beschreibung |
|--------------|

| |
|-----------------|
| Namen, Vornamen |
|-----------------|

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____