

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-945

**Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl
und Kindergesundheit (OPS-Version 2025)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Das multiprofessionelle Team besteht aus:

Ärzten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeitern:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Pädagogisch-pflegerischen Fachkräften:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Psychologen: Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Psychotherapeuten: Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialpädagogischen oder heilpädagogischen Fachkräften in
psychotherapeutischer Ausbildung: Ja Nein

Namen, Vornamen

Fachkräften für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Die Behandlungsleitung liegt bei einem:

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Kinderchirurgie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____