

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-91c

### Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2025)

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 \_\_\_\_\_