

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-98a

### Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2025)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mit Ausnahme der besonders geschulten Pflegefachkraft sind für alle personengebundenen Qualifikationen / Verfahren und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

**Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung. Die Behandlungsleitung muss insgesamt mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein. Werden am Standort sowohl die früh-rehabilitative geriatrische Komplexbehandlung (8-550 ff.) als auch die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (8-98a ff.) erbracht, beziehen sich die Tätigkeitszeiten der Behandlungsleitung auf die gesamte geriatrische Einheit:**

#### **Fachärztliche Behandlungsleitung:**

Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie liegt vor:

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Die fachärztliche Behandlungsleitung ist insgesamt mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig:**

Ja      Nein

Erläuterung

**Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams weist eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden und eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung auf:**

Ja      Nein

Name, Vorname

**Vorhandensein folgender Bereiche:**

Physiotherapie:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Physikalische Therapie:**

**Ja**

**Nein**

Namen, Vornamen

**Ergotherapie:**

**Ja**

**Nein**

Namen, Vornamen

**Psychologie/Neuropsychologie:**

**Ja**

**Nein**

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Logopädie/faziorale Therapie:**

**Ja**

**Nein**

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Sozialdienst:**

**Ja**

**Nein**

Namen, Vornamen

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_