

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-98h.0

**Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung  
durch einen Palliativdienst: Durch einen internen  
Palliativdienst (OPS-Version 2022)**

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Es ist ein multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team (Palliativdienst) vorhanden:

Ja      Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Mindestens ein Vertreter eines weiteren Bereiches (Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie)  
Namen, Vornamen, Professionen



**Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung  
Palliativmedizin:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**und**

**mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten  
Palliativversorgung:**

Ja      Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

**Pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**und**

**mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:**

Ja      Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

**Gewährleistung einer 24-stündigen Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt:**

Ja      Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

**mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:**

Ja      Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

**Außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein:**

Ja      Nein

Erläuterung

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_