

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-97d

### Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2023)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

**Die Behandlungsleitung des Teams erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Vorhandensein mindestens der folgenden Therapiebereiche:**

Physiotherapie/Physikalische Therapie:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_