

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-986

### Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Ggf. Fachabteilung \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_