

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-01a

### Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2025)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort  
des Krankenhauses vorhanden:

Ja

Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_