

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**8-552**

**Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation  
(OPS-Version 2025)**

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand ist kontinuierlich in das Frührehabteam eingebunden:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation für die aktivierend-therapeutische Pflege ist vorhanden:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche:**

Physiotherapie/Krankengymnastik:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie/Psychologie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Logopädie/faziorale Therapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

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