

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-977

**Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des
Bewegungssystems (OPS-Version 2025)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____