

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**8-982**

**Palliativmedizinische Komplexbehandlung  
(OPS-Version 2025)**

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin:

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_