

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-644

### Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2023)

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** \_\_\_\_\_