

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**8-977**

**Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des  
Bewegungssystems (OPS-Version 2023)**

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 \_\_\_\_\_