|  |  |
| --- | --- |
| Anfragende Station: | z. B. Palliativstation Klinikum Musterhaft Beispielhausen |
| Klinikum/Unternehmen: | z. B. Klinikum Musterhaft |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort): | z. B. Karlstraße 4 in 12345 Musterhausen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Leitung der Station | QMB |
| Titel, Name, Vorname |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |
| Fax |  |  |
| E-Mail |  |  |
| Ansprechpartner für ClarCert: | Bitte ankreuzen | Bitte ankreuzen |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kennzahlen der Palliativstation | Mitarbeiteranzahl | Bettenanzahl | Anzahl Neuaufnahmen |
| aktuelles Kalenderjahr (Prognose) |  |  |  |
| letztes Kalenderjahr  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ärzte der Palliativstation **(letztes Kalenderjahr)** | Qualifikation | Stellenumfang in VK | ZusatzbezeichnungPalliativmedizin (Weiterbildung der Landesärztekammer) |
| Facharzt, Name |  |  | grds. 160 Stunden | [ ]  |
| Facharzt, Name  |  |  | grds. 160 Stunden | [ ]  |
| Facharzt, Name |  |  | grds. 160 Stunden | [ ]  |
| Facharzt, Name |  |  | grds. 160 Stunden | [ ]  |
| Facharzt, Name |  |  | grds. 160 Stunden | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pflegekräfte der Palliativstation **(letztes Kalenderjahr)** | Qualifikation | Stellenumfang in VK | Palliative Care-Qualifikation (Weiterbildung nach Curriculum der DGP) |
| pfleg. Ltg: Name |  |  | ≥160 Std. | [ ]  |
| stellv. Ltg: Name |  |  | ≥160 Std. | [ ]  |
| Pflegekraft, Name |  |  | ≥160 Std. | [ ]  |
| Pflegekraft, Name |  |  | ≥160 Std. | [ ]  |
| Pflegekraft, Name |  |  | ≥160 Std. | [ ]  |

Bei Bedarf sind die Tabellen zu erweitern.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **QM-Zertifizierung\*** | Art/Modell des QM-Systems |  |  |  |
|  |  |  | ISO 9001 |  |  | DIN EN 15221 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | KTQ |  |  | kein zertifiziertes QM |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Sonstige  |  |  |  |
|  |

\* zur Zertifizierung der Palliativstation nicht zwingend erforderlich.

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Zertifizierungsstelle |  |
| (sofern bekannt) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung der Palliativstation:(bitte auf Monatsebene konkretisieren) |  |

Wurde die Einführung durch externe Stellen (Berater) begleitet?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

Wenn ja, ist die externe Stelle (Berater) zur Kommunikation mit der ClarCert berechtigt und ist die ClarCert hinsichtlich der Vertraulichkeit mit der externen Stelle entbunden?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner, Tel.-Nr.: |  |

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (anfragende Palliativstation) |

**Behandlungspartner** (intern und extern)

In der nachfolgenden Tabelle sind die internen und externen Behandlungspartner für die einzelnen Fachrichtungen vollständig anzugeben. Bestehen für eine Fachrichtung mehrere Behandlungspartner, dann sind diese vollständig anzugeben, sofern sie in die Zertifizierung aktiv eingebunden werden sollen.

Die Angaben bitte vollständig und korrekt darstellen, da diese die Grundlage für die Aufwandskalkulation und für die Erstellung des Zertifizierungsnachweises sind. Die Tabelle ist bei Bedarf zu erweitern.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fachgebiet | Einrichtung/Praxis | Leitung Kooperationspartner | Anschrift |
| Titel | Vorname | Nachname | Straße | PLZ | Ort |
| Palliativstation |  |  |  |  |  |  |  |

**Kooperationspartner:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Soziale Arbeit / Sozialpädagogik |  |  |  |  |  |  |  |
| Physiotherapie |  |  |  |  |  |  |  |
| Seelsorge |  |  |  |  |  |  |  |
| Psychologie, Psychoonkologie |  |  |  |  |  |  |  |
| Amb. Hospizdienst |  |  |  |  |  |  |  |
| SAPV |  |  |  |  |  |  |  |
| Stationäres Hospiz |  |  |  |  |  |  |  |
| Musiktherapie |  |  |  |  |  |  |  |
| Kunsttherapie |  |  |  |  |  |  |  |
| Schreibtherapie |  |  |  |  |  |  |  |
| Weitere (bei Bedarf Liste ergänzen) |  |  |  |  |  |  |  |