|  |  |
| --- | --- |
| Anfragende Schulter- und Ellenbogeneinrichtung: |  |
| Klinikum/Unternehmen: |  |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort): |  |
| Anzahl der Standorte: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Leitender Arzt | Stellvertretender ltd. Arzt | Ggf. weitere Ansprechperson |
| Titel, Name, Vorname |  |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |  |
| Fax |  |  |  |
| E-Mail |  |  |  |
| Ansprechpartner für ClarCert: | Bitte ankreuzen |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Schulter- und Ellenbogeneingriffe in der Einrichtung** | | | |
| **Schulter** | Schweregrad I | Schweregrad II | Schweregrad III |
| aktuelles Kalenderjahr (Prognose) |  |  |  |
| letztes Kalenderjahr |  |  |  |
| **Ellenbogen** | Schweregrad I | Schweregrad II | Schweregrad III |
| aktuelles Kalenderjahr (Prognose) |  |  |  |
| letztes Kalenderjahr |  |  |  |
| **Gesamt** | Schweregrad I | Schweregrad II | Schweregrad III |
| aktuelles Kalenderjahr (Prognose) |  |  |  |
| letztes Kalenderjahr |  |  |  |

Wissenschaftliche Punkte:

Leitender Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stellvertretender Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Angefragt wird die Zertifizierung als

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Deutsches Schulter- und Ellenbogenzentrum |
|  |  | |
|  |  | Deutsche Schulter- und Ellenbogenklinik |
|  |  | |
|  |  | Deutsche Schulter- und Ellenbogenpraxis operativ |
|  |  | |
|  |  | Deutsche Schulter- und Ellenbogenpraxis konservativ |

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.: |  |

Wir nehmen den von Ihnen angegebenen Berater bis zu Ihrem Widerspruch in die Kommunikation auf.

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Verantwortliche Person (Unterschrift anfragende Einrichtung) |

**Behandlungspartner** (intern und extern)

In den nachfolgenden Tabellen werden die internen und externen Behandlungspartner für die einzelnen Fachrichtungen vollständig angegeben.

* Fachrichtungen mit mehreren Behandlungspartnern, sofern sie in die Zertifizierung aktiv eingebunden werden sollen.
* In das DVSE-Audit einzubeziehende Praxen der Kooperationsärzte, die in der Einrichtung operativ tätig sind.

Die Angaben bilden die Grundlage für die Aufwandskalkulation. Bei Bedarf kann die Tabelle erweitert werden.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fachgebiet | Einrichtung/Praxis | Leitung Kooperationspartner | | | Anschrift | | |
| Titel | Vorname | Nachname | Straße | PLZ | Ort |
| Hauptabteilung  (Ortho und / oder UCH) |  |  |  |  |  |  |  |
| Externe Praxis  (Ortho und / oder UCH) |  |  |  |  |  |  |  |
| Externe Praxis  (Ortho und / oder UCH) |  |  |  |  |  |  |  |
| Externe Praxis  (Ortho und / oder UCH) |  |  |  |  |  |  |  |

**Kooperationspartner:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Intensivmedizin |  |  |  |  |  |  |  |
| Anästhesie |  |  |  |  |  |  |  |
| Schmerztherapie |  |  |  |  |  |  |  |
| Radiologie |  |  |  |  |  |  |  |
| Innere Medizin |  |  |  |  |  |  |  |