|  |  |
| --- | --- |
| Anfragendes Zentrum: |  |
| Klinikum/Unternehmen: |  |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort): |  |
| Anzahl der Standorte, bzw. Zweigstellen: | z.B. 2  |

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

 Angefragt wird die Zertifizierung als

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | HTC - Hemophilia Treatment Center |
|  |  |
|  |  | HCCC - Hemophilia-Comprehensive Care Center |

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 anfragendes Zentrum) |

Die Tabelle kann auf Wunsch beliebig erweitert bzw. gekürzt werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Strukturangaben** | **Standort 1** | **Standort 2** |
| Träger bzw. Praxisinhaber |  |  |
| Anschrift  |  |  |
| **Kontinuierlich behandelte Patienten mit schwerer Hämophilie A/Hämophile B/vWD Typ 3** | Anzahl | Anzahl |
| aktuelles Kalenderjahr (Prognose) | z.B. 15 |  |
| letztes Kalenderjahr  |  |  |
| **Kernteam** | Anzahl | Anzahl |
| Facharzt (Vollzeit-Äquivalent) mit Zusatzweiterbildung Hämostaseologie |  |  |
| Fachkraft (Vollzeit-Äquivalent) medizinisches Assistenzpersonal mit Kenntnissen und Erfahrung in der Betreuung von Patienten mit hämophiler Gerinnungsstörung |  |  |
| **Gewährleistung multidisziplinärer Hämophilie-Behandlung\*** | Angabe | Angabe |
| Die multidisziplinäre Hämophilie-Behandlung umfasst mindestens folgende Disziplinen: Physiotherapie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie, zahnärztliche Behandlung, Hepatologie, Infektiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie und pädiatrische Hämostaseologie (falls Kinder behandelt werden), Humangenetik, klinische Psychologie und Sozialarbeit.  | Ja/Nein |  |
| Die Kooperation mit einem HCCC ist vorhanden | Ja/Nein (Name der Einrichtung) |  |

 \* Wenn die genannten spezialisierten Dienstleistungen nicht im HTC bereitgestellt werden, müssen Verfahren etabliert sein, um die Bereitstellung durch ein HCCC sicherzustellen.

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die HPZ-Zertifizierung des Zentrums:(bitte auf Monatsebene konkretisieren) |  |