|  |  |
| --- | --- |
| Anfragendes Zentrum: | z. B. EndoProthetikZentrum Beispielhausen |
| Klinikum/Unternehmen: | z. B. Klinikum Musterhaft |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort): | z. B. Karlstraße 4 in 12345 Musterhausen |
| Anzahl der Standorte: | z. B. 2 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | EndoProthetikZentrum |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung |

**Bei vorhandener QM-Zertifizierung ist der Nachweis (Zertifikat) mit dieser Anfrage bei ClarCert einzureichen.**

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung des EndoProthetikZentrums: (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.: |  |

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) |

Bei mehr als 2 Standorten, können die unten angefügten Tabellen erweitert werden.

**Strukturangaben**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Standort 1** | **Standort 2** |
| Standort (Klinikum) |  |  |
| Anschrift |  |  |
| Träger |  |  |
| Standortleiter |  |  |
| Telefon |  |  |
| e-mail |  |  |
| Standortkoordinator |  |  |
| Telefon |  |  |
| e-mail |  |  |
| Zentrumsleiter weisungsbefugt über Standort: | X | X |
| Zertifizierung als | EPZmax | EPZmax |
| Sprechstunde |  | (Vorgehen identisch Standort 1) |
| Hauptabteilung | X | X |
| Praxis / MVZ | Benennung der Praxis / Praxen / MVZ | Benennung der Praxis / Praxen / MVZ |
| Distanz zu Standort 1 | ----- | 12 km |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Standort 1** | | | | | | | | | | | | **Standort 2** | | | | | | | | | | | |
| Endoprothetische Eingriffe | Gesamt | | | Hüft- TEP | | Knie- TEP | | | Wechsel | | Fraktur-EP | | Gesamt | | | Hüft- TEP | | Knie- TEP | | Wechsel | | | Fraktur-EP | |
| Prognose Kalenderjahr |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |
| letztes Kalenderjahr \* |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |
| vorletztes Kalenderjahr |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |
| QM-System | Spezifisches und standortübergreifendes QM-System nach ISO 9001 befindet sich momentan im Aufbau. | | | | | | | | | | | | ISO 9001 identisch Standort 1 | | | | | | | | | | | |
| Zertifizierungsstelle |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Zertifikat |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | liegt vor | | | |  | liegt nicht vor | | | | |  |  | liegt vor | | | |  | | liegt nicht vor | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Operative Versorgung | Eigenständig | | | | | | | | | | | | Eigenständig | | | | | | | | | | | |
| Funktion | | | | Name | | | | | OP-Anzahl | | SOC\*\* | Funktion | | | | Name | | | | | OP-Anzahl | | SOC\*\* |
| SHO 1 | | | |  | | | | |  | |  | SHO 1 | | | |  | | | | |  | |  |
| SHO 2 | | | |  | | | | |  | |  | SHO 2 | | | |  | | | | |  | |  |
| SHO 3 | | | |  | | | | |  | |  |  | | | |  | | | | |  | |  |
| HO 1 | | | |  | | | | |  | |  |  | | | |  | | | | |  | |  |
| HO 2 | | | |  | | | | |  | |  |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  | | | |  | | | | |  | |  |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  | | | |  | | | | |  | |  |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  | | | |  | | | | |  | |  |  | | | |  | | | | |  | |  |
|  | | | |  | | | | |  | |  |  | | | |  | | | | |  | |  |
| Stationäre Versorgung | Station 2 + Station 3 (Privat) | | | | | | | | | | | | Station 6 | | | | | | | | | | | |

\* Diese Gesamtzahl muss bei Addition der Gesamt-OP-Zahlen der Operateure identisch sein. Bitte senden Sie uns ansonsten eine Erläuterung zu.

\*\* Zusatzweiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie

**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 EPZ-Audit einzubeziehende Praxen der Kooperationsärzte, die im EPZ operativ tätig sind.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fachgebiet | Einrichtung/Praxis | Leitung Kooperationspartner | | | Anschrift | | | Kooperation mit Standort | |
| Titel | Vorname | Nachname | Straße | PLZ | Ort | 1 | 2 |
| EPZ Hauptabteilung  (Ortho und/oder UCH) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EPZ Hauptabteilung  (Ortho und/oder UCH) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Orthopädie  (extern/Praxis) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Orthopädie  (extern/Praxis) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Kooperationspartner:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Radiologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anästhesie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Strahlentherapie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Innere Medizin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gefäßchirurgie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nuklearmedizin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pathologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Physiotherapie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sozialdienst |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mikrobiologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ZSVA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Technische Orthopädie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |