|  |  |
| --- | --- |
| 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.**

Sind externe Praxen\* angeschlossen und sollen im Geltungsbereich der Zertifizierung aufgenommen werden?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja und zwar folgende\*\*: | Musterpraxis, Musterstraße, 12345 Musterhausen |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | nein |

\* Praxen, in denen (Senior-) bzw. Hauptoperateure des Zentrums tätig sind, dürfen Teil des EPZ(max) sein. Praxen, in denen wesentliche Funktionen bzw. Prozesse des EPZ(max) (z. B. Indikationsbesprechung, Prothesenplanung, Aufnahme, Anästhesie-Aufklärung etc.) durchgeführt werden, müssen i.d.R. Teil des EPZ(max) sein.

\*\*Bitte Namen und Anschrift der Praxis/Praxen nennen.

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

Wenn die Zertifizierung durch einen durch externe Stellen (Berater) begleitet wird, 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 |  | keine externen Stellen (Berater) eingebunden |

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner, Mailadresse: |  |

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 |
| Folgende (Senior-) Hauptoperateure können die Zusatzweiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie vorweisen: | Name des (Senior-) Hauptoperateurs mit SOC | Name des (Senior-) Hauptoperateurs mit SOC |
| Zertifizierung als | EPZmax | EPZmax |
| Sprechstunde |  | (Vorgehen identisch Standort 1) |
| Hauptabteilung | X | X |
| 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 | | Funktion | | | | Name | | | | | OP-Anzahl | |
| 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