|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
| EndoprothetischeEingriffe | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |