

Anfrage Zertifizierungsaufwand (mehrere Standorte)

Aufgrund der hier gemachten Angaben erstellt Ihnen ClarCert einen unverbindlichen Kostenvoranschlag für ein Zertifizierungsverfahren nach den Fachlichen Anforderungen an EndoProthetikZentren.

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

Kommentiert [Hinweis1]: Siehe Namensrichtlinie

Kommentiert [Hinweis2]: Die Zulassung zum Zertifizierungsverfahren bedarf einer kostenpflichtigen Prüfung durch den Ausschuss Zertifikatserteilung. Bitte reichen Sie zusammen mit der Anfrage eine Stellungnahme ein, aus der folgende Punkte hervorgehen:

- Träger
- Zentrumsleitung
- Entfernung
- Anzahl kooperierender Standorte und Kooperationspartner
- Art des QM-Systems
- Gemeinsame, gleichartige Standards / Vorgehensweisen

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

EndoProthetikZentrum EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung

Kommentiert [Hinweis3]: Der Geltungsbereich der vorhandenen QM-Zertifizierung muss die Bereiche des EPZ (Sprechstunde, OP, Station) einschließen.

Vgl. Dokument „Anforderungen an das obligate QM-System“

Kommentiert [Hinweis4]: Terminwunsch wird bei Planung berücksichtigt (Fristen bitte beachten) und in Absprache gesetzt.

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

Unterschrift (anfragendes Zentrum)

Anfrage Zertifizierungsaufwand

Zentrum mit mehreren Standorten

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

Strukturangaben

	Standort 1	Standort 2
Standort (Klinikum)	Klinikum Beispielhausen	Klinikum Musterstadt
Anschrift	Krankenhausweg 5 88000 Beispielhausen	Mustergasse 7 88 030 Musterstadt
Träger	Singer-Kliniken	Kreis Musterland
Standortleiter	Prof. Dr. Emil Mustermann	Dr. Ulrike Gaus
Telefon	02 22 / 44 66 - 88	02 23 / 55 77 - 99
e-mail	mustermann@kkh.beispielhausen.de	u.gaus@musterstadt.de
Standortkoordinator	Dr. Andrea Müller	Stefan Maier
Telefon	02 22 / 44 66 - 99	02 23 / 55 77 - 33
e-mail	mueller@kkh.beispielhausen.de	s.maier@musterstadt.de
Zentrumsleiter weisungsbefugt über Standort:	X	X
Zertifizierung als	EPZmax	EPZmax
Sprechstunde	1 x wöchentlich	ebenfalls 1 x wöchentlich (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 (Berechnung www.map24.de)

Kommentiert [Hinweis5]: Die Zertifizierung als ein Zentrum mit einem EPZmax und einem EPZ ist nicht möglich.

Anfrage Zertifizierungsaufwand

Zentrum mit mehreren Standorten

Endoprothetische Eingriffe	Standort 1					Standort 2				
	Gesamt	Hüft-TEP	Knie-TEP	Wechsel	Fraktur-EP	Gesamt	Hüft-TEP	Knie-TEP	Wechsel	Fraktur-EP
Prognose Kalenderjahr	920	406	400	114	...	300	...	...	...	...
letztes Kalenderjahr *	556	241	225	90	...	...	...	...	...	...
vorletztes Kalenderjahr	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
QM-System	Spezifisches und standortübergreifendes QM-System nach ISO 9001 befindet sich momentan im Aufbau.					ISO 9001 identisch Standort 1				
Zertifizierungsstelle	QM-Musterzertstelle					QM-Musterzertstelle				
Zertifikat	<input type="checkbox"/> liegt vor <input checked="" type="checkbox"/> liegt nicht vor					<input type="checkbox"/> liegt vor <input checked="" type="checkbox"/> liegt nicht vor				
Operative Versorgung	Eigenständig					Eigenständig				
	Funktion	Name	OP-Anzahl	Funktion	Name	OP-Anzahl				
	SHO 1	Prof. Dr. E. Mustermann	112	SHO 1	Dr. Gaus	124				
	SHO 2	Dr. M. Huber	126	SHO 2	Dr. Meier	133				
	SHO 3	Dr. S. Müller	158	Op	W. Funzel	32				
	HO 1	Dr. S. Beyer	87							
	HO 2	A. Brenner	73							
Stationäre Versorgung	Station 2 + Station 3 (Privat)					Station 6				

Kommentiert [Hinweis6]: Keine Angabe von Schätzzahlen. Die Gesamtzahl muss in der Summe den OP-Zahlen der Operateure (siehe Operative Versorgung) entsprechen.

Kommentiert [Hinweis7]: QM-System gemeinsam oder standortspezifisch?

Kommentiert [Hinweis8]: Wenn ein QM-System nicht an allen Standorten vorhanden ist, wird ein Systemauditor einbezogen. Bei vorhandener QM-Zertifizierung ist der Nachweis (Zertifikat) mit dieser Anfrage bei ClarCert einzureichen.

Kommentiert [Hinweis9]: Benennung aller am EPZ tätigen Operateure mit Anzahl der OPs aus dem Vorjahr

- SHO = Senior-Hauptoperateur,
- HO = Hauptoperateur,
- Op = Operateur

sowie Angabe der Fallzahlen des letzten Kalenderjahres.

auch operativ tätige Konsiliarärzte

Kommentiert [Hinweis10]: Angaben der Station / Stationen

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

Anfrage Zertifizierungsaufwand

Zentrum mit mehreren Standorten

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)									

Kommentiert [Hinweis11]: Eine Aufwandskalkulation ist nur möglich, wenn alle in das EPZ eingebundene Kooperationspartner vollständig angegeben sind. An diese Kooperationspartner werden gemäß Erhebungsbogen Anforderungen gestellt.

Kommentiert [Hinweis12]: Interne Abteilung, die die Zertifizierung anfragt

Kommentiert [Hinweis13]: Eine Praxis ist Teil des EPZ/EPZmax und muss im Rahmen des Audits begangen werden, wenn wesentliche Funktionen bzw. Prozesse des EPZ/EPZmax (z.B. Indikationsbesprechung, Prothesenplanung, Aufnahme, Aufklärung etc.) in der Praxis erbracht werden, insbesondere, wenn einer der (Senior-) Hauptoperateure in dieser Praxis tätig ist.

Kooperationspartner:

Radiologie									
Anästhesie									
Strahlentherapie									
Innere Medizin									
Gefäßchirurgie									
Nuklearmedizin									
Pathologie									
Physiotherapie									
Sozialdienst									

Beispiele:

- Begehung einer Praxis: Ausgegliedertes eigenständiges MVZ mit EPZ-Sprechstunde.
- Keine Begehung einer Praxis: niedergelassener (Senior-) Hauptoperateur, der nur die Indikationsstellung in der Praxis durchführt. Alle weiteren Schritte (inkl. Aufklärung) werden in der Klinik durchgeführt.

Anfrage Zertifizierungsaufwand

Zentrum mit mehreren Standorten

Mikrobiologie									
ZSVA									
Technische Orthopädie									