

Anfrage Zertifizierungsaufwand



Internationales Zertifizierungsinstitut
für Management und Personal
Gartenstraße 24, D-89231 Neu-Ulm
Tel. +49 (0)731/7051 16-50
Fax +49 (0)731/7051 16-16
www.clarcert.com, info@clarcert.com

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, 12345 Musterhausen

Anzahl der Standorte: 1 (alternatives Formular für die Zertifizierung mehrerer Standorte)

Kommentiert [Hinweis1]: Siehe Namensrichtlinie

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

EndoProthetikZentrum EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung

| Anzahl endoprothetischer Eingriffe | Gesamt | Hüft-TEP | Knie-TEP | Wechsel-OPs | Fraktur-endoprothetik |
|------------------------------------|--------|----------|----------|-------------|-----------------------|
| aktuelles Kalenderjahr (Prognose) | | | | | |
| letztes Kalenderjahr * | | | | | |
| vorletztes Kalenderjahr | | | | | |

| Zuordnung nach Operateuren ** (letztes Kalenderjahr) | Gesamt | Hüft-TEP | Knie-TEP | Wechsel-OPs | Fraktur-endoprothetik |
|--|--------|----------|----------|-------------|-----------------------|
| (Senior-)Hauptoperateur, Name | | | | | |
| (Senior-)Hauptoperateur, Name | | | | | |
| Hauptoperateur, Name | | | | | |
| Hauptoperateur, Name | | | | | |
| Operateur, Name | | | | | |
| Operateur, Name | | | | | |

Kommentiert [Hinweis2]: Benennung der Personen mit Funktionen, Beispiel: Seniorhauptoperateur 1: Dr. Wundersam, Xaver

Kommentiert [Hinweis3]: auch operativ tätige Konsiliar-ärzte

Bei Bedarf kann die Tabelle erweitert werden.

* 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.
** Benennung der Personen, die endoprothetische Operationen durchführen.

Anfrage Zertifizierungsaufwand

CLAR CERT

Internationales Zertifizierungsinstitut
für Management und Personal

Gartenstraße 24, D-89231 Neu-Ulm
Tel. +49 (0)731/7051 16-50
Fax +49 (0)731/7051 16-16

www.clarcert.com, info@clarcert.com

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

QM-Zertifizierung* Art/Modell des QM-Systems

| | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ISO 9001:2008 | <input type="checkbox"/> | Zertifikat liegt vor (beiliegend) |
| <input type="checkbox"/> | KTQ | <input type="checkbox"/> | Zertifizierungsstelle beauftragt |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige | <input type="checkbox"/> | kein zertifiziertes QM |

* zur Zertifizierung des EndoProthetikZentrums nicht zwingend erforderlich.

Name der Zertifizierungsstelle
(sofern bekannt)

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)

Kommentiert [Hinweis4]: Der Geltungsbereich der vorhandenen QM-Zertifizierung muss die Bereiche des EPZ (Sprechstunde, OP, Station) einschließen.

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

Kommentiert [Hinweis5]: Terminwunsch wird bei Planung berücksichtigt (Fristen bitte beachten) und in Absprache gesetzt.

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

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 | | |
|--|--------------------|-----------------------------|---------|----------|-----------|-----|-----|
| | | Titel | Vorname | Nachname | Straße | PLZ | Ort |
| EPZ Hauptabteilung (Ortho und / oder UCH) | | | | | | | |
| Orthopädie (extern/Praxis) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Kommentiert [Hinweis6]: Eine Aufwandskalkulation ist nur möglich, wenn alle in das EPZ eingebundene Kooperationspartner vollständig angegeben sind. An diese Kooperationspartner werden gemäß Erhebungsbogen Anforderungen gestellt.

Kommentiert [Hinweis7]: Interne Abteilung, die die Zertifizierung anfragt

Kommentiert [Hinweis8]: 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.

Beispiele:

- Begehung einer Praxis: Ausgliedertes 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.

Kooperationspartner:

| | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Radiologie | | | | | | | |
| Anästhesie | | | | | | | |
| Strahlentherapie | | | | | | | |
| Innere Medizin | | | | | | | |
| Gefäßchirurgie | | | | | | | |
| Nuklearmedizin | | | | | | | |
| Pathologie | | | | | | | |

Anfrage Zertifizierungsaufwand

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Physiotherapie | | | | | | | |
| Sozialdienst | | | | | | | |
| Mikrobiologie | | | | | | | |
| ZSVA | | | | | | | |
| Technische Orthopädie | | | | | | | |