

Selbstauskunft zum Zertifikat qualitätsgesichertes Ambulantes Operieren

Einrichtung	Name Adresse	
		Tel.
		Fax
		e-mail

A Allgemeine Angaben

Einrichtung

- Praxis (ambulantes Operieren) Praxisklinik (ambulantes Operieren + stat. Versorgung)
- Ambulantes OP-Zentrum
-

Verantwortliche/r Ärztin oder Arzt bzw. Träger der Einrichtung:

Datum der Inbetriebnahme: _____

Ich betreibe die oben genannte Tätigkeit seit _____ Jahren.

Ich bin Facharzt/-ärztin für Dermatologie und Venerologie seit _____

Für mich zuständige Landesärztekammer: _____

Mit der Weitergabe meines Namens und meiner Adresse an anfragende Patienten bin ich einverstanden: Ja nein

Ich bestätige das Vorhandensein aller räumlichen, apparativen, personellen und hygienischen Voraussetzungen für das ambulante Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V.

Eine auf das qualitätsgesicherte ambulante Operieren gerichtete Sprechstunde / Tätigkeit mit geschultem Personal wird regelmäßig ausgeübt.

Ich habe eingehende Kenntnisse, Fertigkeiten und eigenhändige Therapie-Erfahrungen im Bereich des ambulanten Operierens.

Ich verpflichte mich, auch weiterhin regelmäßig an der Fortbildung in diesem Bereich teilzunehmen.

Sofern ich als Vertragsarzt tätig bin, bestätige ich, dass ich über eine Genehmigung der KV zum qualitätsgesicherten ambulanten Operieren verfüge

Ich operiere in eigenen OP Räumen
 Ich nutze Räume eines OP-Zentrums / Krankenhauses :
welche.....

Gesundheitsamt

Sonstige _____

Besichtigung

Erstbegehung durch Gesundheitsamt

Folgebegehung durch Gesundheitsamt

letzte Begehung durch: Gesundheitsamt am _____

KV am _____

Bezirksregierung am _____

Ich erkläre mich einverstanden, meine Operationsräume für eine anlassbezogene oder Stichproben-basierte Begehung zur Überprüfung meiner Angaben nach Terminvereinbarung durch einen benannten Vertreter der DDA begehen zu lassen.

Operative Eingriffe:

Anzahl der operativen Eingriffe/Jahr _____

Anzahl der OP-Tage/Jahr _____

Narkoseverfahren:

Anzahl der operativen Eingriffe/Jahr in

Lokalanästhesie: _____

Vollnarkose: _____

Anzahl mit Anwendung volatiler Anästhesiemittel ____

Anzahl mit Anwendung von i.v.-Anästhesiemitteln ____

für die Hygiene verantwortliche/r Ärztin/Arzt der Einrichtung:

Beratung durch Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin? G ja D nein

zuletzt am _____ durch _____

Beratung durch eine staatlich anerkannte Hygienefachkraft? G ja G nein

zuletzt am _____ durch _____

Beratung durch _____

Niveau der Einrichtung unter Berücksichtigung des Anhangs zur Anlage zu Ziffer 5.1 und 4.3.3 der RKI-Richtlinie „Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“

G Eingriffsniveau

G OP-Niveau

Folgende Operationen werden in meiner Praxis durchgeführt:

- Sterilgutlager
- Ein- / Ausleitraum
- Aufwachraum

Ich verpflichte mich Änderungen an die DDA mitzuteilen, falls die Voraussetzungen zum ambulanten Operieren nicht mehr gegeben sind.

Ort _____ **Datum** _____ **Praxisstempel / Unterschrift** _____

Bitte beachten Sie § 27 der auf dem 105 Deutschen Ärztetag in Rostock (28. bis 31.5.2002) verabschiedeten (Muster-) Berufsordnung für Ärzte.

(5) Die Angaben nach Abs. 4 Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.

(6) Die Ärzte haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Anündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.