

Anmeldung Erhebungen und Zertifizierung

- Anmeldung zur Re-Zertifizierung (nur für das gleiche Zertifizierungsprogramm möglich)
 Anmeldung zu einer Erst-Zertifizierung oder zur Durchführung einer Befragung

Angestrebter Termin für Ausstellung des Zertifikats/Abschluss Befragung: _____

Angaben zur Organisation

Juristischer Name der Organisation: _____ Adresse: _____

Tel. Organisation: _____ PLZ, Ort: _____

E-Mail Organisation: _____ Website: _____

Ansprechpersonen:

Projektverantwortliche Person für alle Koordinationsaufgaben: _____ Hauptverantwortliche/r Arzt/Ärztin: _____

E-Mail (Projektverantwortliche Person): _____ Tel. (Projektverantwortliche Person): _____

Wann ist die Projektverantwortliche Person telefonisch gut erreichbar? _____

Formulare im Anhang:

- Falls Ihre Organisation eine Arztpraxis oder ein Ärztezentrum ist, bitten wir Sie, das Formular im Anhang 1 auszufüllen
- Falls Ihre Organisation verschiedene Standorte hat, bitten wir Sie, das Formular im Anhang 2 auszufüllen.

Gehört Ihre Organisation einem Netz /Verband an? nein ja wenn ja, Name: _____

Anzahl Ärzte/Ärztinnen _____

Anzahl weitere Mitarbeitende _____

Bevorzugte Wochentage für das Audit: _____



Angaben zum gewünschten Zertifizierungsprogramm und zur Befragung

Zertifizierte Qualität von Gesundheitseinrichtungen (Modul A)

- Grundversorgerpraxis
- Pädiatriepraxis (spezieller Patientenfragebogen Eltern/Kind)
- Spezialarztpraxis (kann Zuweisendenbefragung beinhalten) *Fachgebiet:*
- Radiologie-Institut (ab 2018, 2017 Pilotprojekt)

Wahl der Befragungen (mindestens eine Befragung)

Patientenbefragungen: stehen für Radiologie Institute noch nicht zur Verfügung, online-Befragung auf Anfrage möglich

- Patientenbefragung allgemein (EUROPEP)**
 - Auswertungen Arzt-individuell und über Organisation
 - Auswertung nur über Organisation
- Patientenbefragung für chronisch kranke Patienten**
 - Auswertungen Arzt-individuell und über Organisation
 - Auswertung nur über Organisation
- Mitarbeitendenbefragung (online)**
- Zuweisendenbefragung** (für Spezialärzte und Radiologie Institute; online)

Zertifizierte Behandlungsqualität (Module C)

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes Mellitus Typ II
- Koronare Herzkrankheit
- Medikationssicherheit

Befragungen können als Ergänzung separat durchgeführt werden, siehe weiter unten.

Ärztetz - Zertifizierte Qualität der integrierten Versorgung (Modul B)

NUR Patientenbefragung Allgemein (EUROPEP)

Befragung von Patientinnen und Patienten und pro Arzt/Ärztin

(Upgrade auf Zertifizierung der Arztpraxis innerhalb von 12 Monaten unter Kostenanrechnung möglich, Befragung auf Praxisebene oder Online-Befragung auf Anfrage möglich)

- Grundversorger/in
- Pädiater/in
- Spezialarzt/Spezialärztin

NUR Patientenbefragung für chronisch kranke Patienten und Patientinnen

(Upgrade auf Zertifizierung der Arztpraxis innerhalb von 12 Monaten unter Kostenanrechnung möglich, Befragung auf Praxisebene oder Online-Befragung auf Anfrage möglich)

NUR Mitarbeitendenbefragung (ab 20 Mitarbeitenden möglich)

- Arztpraxis/Ärztezentrum
- Radiologie-Institute

NUR Zuweisendenbefragung

(für Spezialärzte, Radiologie-Institute, bei unter 40 Zuweisenden bitte um Rücksprache mit EQUAM)

- Spezialärzte
- Radiologie-Institute

Einverständniserklärung

- Ich erkläre mich einverstanden, dass die erhobenen Daten nach Datenschutzgesetz (DSG Art. 13, Abs. 2e) d.h. in anonymisierter und aggregierter Form zu statistischen Vergleichszwecken von der EQUAM Stiftung verwendet werden können.
- Für die gesamte Evaluation gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen EQUAM Stiftung. Bei einer Zertifizierung gelten die AGB zum Zertifizierungsvertrag. Wenn nur eine Erhebung durchgeführt wird, gelten die AGB für Sensibilisierungsprogramme, Umfragen und Veranstaltungen. Ich habe diese entsprechenden AGB gelesen und zur Kenntnis genommen.
- Aufgrund der Angaben in dieser Anmeldung wird die Kostenzusammenstellung erstellt. Die Angaben sind für den Vertrag der Zertifizierung verbindlich. Falls die Kosten nicht von Ihrem Netzwerk / Verband übernommen werden, werden wir Ihnen vor der Vertragsunterzeichnung die Kostenzusammenstellung mit dem Vertrag zusenden.
- Da die Zertifizierte Behandlungsqualität eine Zertifizierung auf Arzzebene ist, wird ein Vertrag mit jedem Arzt/jeder Ärztin abgeschlossen. Die Kostenzusammenstellung kann über die Organisation erfolgen.

Ort und Datum:

Vorname, Name:

Funktion:

Unterschrift:

ANHANG 1

Auszufüllen von Arztpraxen / Ärztezentren

Arbeiten in Ihrer Praxis mehr als 6 Personen? _____

Gab es in Ihrer Praxis im vergangenen Jahr mehr als einen Stellenwechsel? _____

Gibt es in Ihrer Praxis eine Person, die hauptsächlich administrative Aufgaben ausführt? _____

Wenn Sie mindestens zwei dieser Fragen mit «JA» beantworten können, melden Sie sich bitte als «grosse Praxis» bzw. Ärztezentrum an.

Wir melden uns an als

- «Grosse Praxis» / Ärztezentrum

- «Kleine Praxis»

ANHANG 2

für Organisationen, die verschiedene Standorte haben.

(Eine übergreifende Organisationsstruktur, das Personal rotiert, Vertragswerk und Regelungen, Anweisungen gelten über alle Standorte, ein hauptverantwortlicher Arzt /eine hauptverantwortliche Ärztin)

Name **Standort 1:** _____ Adresse: _____

Tel. Organisation: _____ PLZ, Ort: _____

Name **Standort 2:** _____ Adresse: _____

Tel. Organisation: _____ PLZ, Ort: _____

Name **Standort 3:** _____ Adresse: _____

Tel. Organisation: _____ PLZ, Ort: _____

Name **Standort 4:** _____ Adresse: _____

Tel. Organisation: _____ PLZ, Ort: _____

Name **Standort 5:** _____ Adresse: _____

Tel. Organisation: _____ PLZ, Ort: _____

