

Anmeldung Zertifizierung und Erhebungen

(bitte direkt am Computer ausfüllen; per E-Mail senden und eine unterzeichnete Version per Post)

- Anmeldung zu einer Zertifizierung (Erstzertifizierung oder Wahl eines neuen Programms)
- Anmeldung zur Re-Zertifizierung vom gleichen Zertifizierungsprogramm
- Anmeldung zur Durchführung einer Befragung ausserhalb eines Programms

Angestrebter Termin für Zertifikatsausstellung / Abschluss Befragung: _____

Angaben zur Organisation:

Juristischer Name: _____ Strasse: _____

Telefon: _____ PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____ Website: _____

Ansprechpersonen:

Projektverantwortliche_r
für Koordination: _____ Hauptverantwortliche_r Ärztin / Arzt: _____

E-Mail Projektverantwortliche_r: _____ Tel. Projektverantwortliche_r: _____

Wann ist die / der Projektverantwortliche telefonisch gut erreichbar? _____

Formulare im Anhang:

- Ist Ihre Organisation eine Arztpraxis oder ein Ärztezentrum? Füllen Sie bitte das Formular im Anhang 1 aus.
- Hat Ihre Organisation verschiedene Standorte? Füllen Sie bitte das Formular im Anhang 2 aus.
- Füllen Sie bitte das Formular im Anhang 3 für die Anmeldung aller Ärztinnen und Ärzte aus.

Gehört Ihre Organisation einem Netz / Verband an? ja nein

Wenn ja, Name: _____

Anzahl Ärztinnen / Ärzte: _____

Anzahl weitere Mitarbeitende: _____

Bevorzugte Wochentage für das Audit: _____

Angaben zum gewünschten Zertifizierungsprogramm und zur Befragung

Zertifizierte Qualität von Gesundheitseinrichtungen

- Grundversorgerpraxis
- Pädiatriepraxis (spezieller Patientenfragebogen Eltern / Kind)
- Spezialarztpraxis (kann Zuweisendenbefragung beinhalten) Fachgebiet: _____
- Radiologie-Institut

Wahl der Befragungen (mindestens eine Befragung auswählen)

Patientenbefragungen für Radiologie-Institute noch nicht zur Verfügung, Online-Befragung auf Anfrage

- Patientenbefragung allgemein (EUROPEP)
 - Auswertungen Ärztin / Arzt individuell
 - Auswertung nur über Organisation kollektiv
- Patientenbefragung für chronisch kranke Patientinnen und Patienten
 - Auswertungen Ärztin / Arzt individuell
 - Auswertung nur über Organisation kollektiv

Damit die Praxis das EQUAM Zertifikat erhält, müssen an einer Patientenbefragung mit Auswertung pro Ärztin / Arzt individuell mind. so viele Ärztinnen und Ärzte teilnehmen, dass sie 80 % der hausärztlichen Stellenprozentage der gesamten Praxis abdecken. Die Praxis kann auch eine Patientenbefragung mit kollektiver Auswertung wählen, dabei wird nicht unterschieden, von welchem Arzt, von welcher Ärztin die Patienten behandelt werden.

- Mitarbeitendenbefragung (online, nur für Praxisgrösse ab 10 Mitarbeitenden)
- Zuweisendenbefragung für Spezialärztinnen und -ärzte und Radiologie Institute (online, Auswertung kollektiv)

Zertifizierte Behandlungsqualität

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

Damit die Praxis als Organisation das EQUAM Label nutzen darf, müssen mind. 80 % der hausärztlichen Tätigkeit nach einem dieser Programme zertifiziert sein.

Beispiel: Arzt X arbeitet 80 %, Arzt Y 90 % und Arzt Z 20 %. Dazu gibt es noch einen Psychiater, welcher 50 % arbeitet. Total hausärztliche Tätigkeit ist 190 %. 80 % davon sind 152 %. Wenn sich also der Arzt X und Arzt Y zu einem Behandlungsqualitätsprogramm zertifizieren lassen, kann die Praxis das EQUAM Label nutzen.

Ärztetz - Zertifizierte Qualität der integrierten Versorgung

NUR Patientenbefragung Allgemein (EUROPEP)

Befragung von Patientinnen und Patienten und pro Ärztin / Arzt
(Upgrade auf Zertifizierung der Arztpraxis innerhalb von zwölf Monaten unter Kostenanrechnung möglich,
Befragung auf Praxisebene oder Online-Befragung auf Anfrage möglich)

- Grundversorger/in
 Pädiater/in
 Spezialarzt/Spezialärztin

NUR Patientenbefragung für chronisch kranke Patientinnen und Patienten

(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/Ärztzentrum 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 Arztebene ist, wird ein Vertrag mit jeder Ärztin / jedem Arzt abgeschlossen. Die Kostenzusammenstellung kann über die Organisation erfolgen.

Ort und Datum:

Vorname, Name:

Funktion:

Unterschrift:

(unterzeichnete Version bitte per Post schicken)

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, 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, eine hauptverantwortliche Ärztin / ein hauptverantwortlicher Arzt)

Name **Standort 1:** _____ Strasse: _____
(Zentrale mit Hauptaudit)

Tel. Organisation: _____ PLZ, Ort: _____

Name **Standort 2:** _____ Strasse: _____

Tel. Organisation: _____ PLZ, Ort: _____

Name **Standort 3:** _____ Strasse: _____

Tel. Organisation: _____ PLZ, Ort: _____

Name **Standort 4:** _____ Strasse: _____

Tel. Organisation: _____ PLZ, Ort: _____

Name **Standort 5:** _____ Strasse: _____

Tel. Organisation: _____ PLZ, Ort: _____

ANHANG 3

Liste der Ärztinnen und Ärzte Ihrer Praxis

Titel	Vorname Name	Hausärztliche Tätigkeit (in %)	Pädiatrie (in %)	Spezialärztliche Tätigkeit (in %)	Persönliche E-Mail-Adresse	GLN	Falls Behandlungsqualität, welche*

* Programm der Behandlungsqualität: Arterielle Hypertonie = Hyp, Diabetes Mellitus Typ II = DM, Koronare Herzkrankheit = KHK, Medikationssicherheit = MedSi