

Anmeldung Zertifizierung und Erhebung

(bitte direkt am Computer ausfüllen, auf dem Desktop abspeichern und per E-Mail an uns zurücksenden)

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

Angestrebter Termin für Zertifikatsausstellung: _____

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: _____

Formulare zum Ausfüllen:

- Ist Ihre Organisation eine **Arztpraxis oder ein Ärztezentrum**? → Formular im Anhang 1
- Hat Ihre Organisation verschiedene **Standorte**? → Formular im Anhang 2
- **Liste der Ärztinnen / Ärzte** komplett ausfüllen → Formular im Anhang 3

Gehört Ihre Organisation einem Netz / Verband an? ja nein

Wenn ja, Name: _____

Anzahl Ärztinnen / Ärzte (Mitglied Netz): _____

Anzahl Ärztinnen / Ärzte (kein Mitglied Netz): _____

Anzahl Assistenzärztinnen und -ärzte _____

Anzahl weitere Mitarbeitende: _____

Angaben zum gewünschten Zertifizierungsprogramm und zur Befragung

Zertifizierte Qualität von Gesundheitseinrichtungen

- Grundversorgerpraxis
- Pädiatriepraxis
- Spezialarztpraxis Fachgebiet: _____
- Radiologie-Institut

Wahl der Befragungen (Grundversorger, Pädiatrie, Spezialarzt)

Bei Grundversorger / Pädiatrie: Eine Patientenbefragung ist Pflicht, die Mitarbeitendenbefragung optional, ohne Mehrkosten

Bei Spezialarzt: Freie Wahl zwischen Patientenbefragung, Zuweisendenbefragung und /oder Mitarbeitendenbefragung

- Patientenbefragung allgemein (EUROPEP), Auswertungen pro Ärztin / Arzt individuell¹
- Patientenbefragung der chronisch kranken Patientinnen und Patienten, Auswertungen pro Ärztin / Arzt individuell¹
- Mitarbeitendenbefragung (online, nur für Organisation mit über 10 Mitarbeitenden, ab 20 Mitarbeitenden mit zusätzlichem Auswertungsbericht ohne Mehrkosten)
- Zuweisendenbefragung für Spezialarztpraxen (Alle Zuweisenden werden angeschrieben. Bei unter 40 Zuweisenden bitte Rücksprache mit der EQUAM Stiftung nehmen. Online und mit kollektivem Auswertungsbericht.)

Wahl der Befragungen (Radiologie-Institut) - Wahl mindestens einer Befragung

- Mitarbeitendenbefragung (online, nur für Organisation mit über 10 Mitarbeitenden, ab 20 Mitarbeitenden mit zusätzlichem Auswertungsbericht ohne Mehrkosten)
- Zuweisendenbefragung für Spezialarztpraxen (Alle Zuweisenden werden angeschrieben. Bei unter 40 Zuweisenden bitte Rücksprache mit der EQUAM Stiftung nehmen. Online und mit kollektivem Auswertungsbericht.)

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.²

Zertifizierte Qualität der koordinierten Versorgung (Versorgungsnetz wie Ärztenetz)

¹ In Ausnahmefällen kann die Patientenbefragung über die ganze Organisation mit einer Auswertung erfolgen. Bitte nehmen Sie mit der EQUAM Stiftung Kontakt auf.

² Beispiel: Hausarzt X arbeitet 80 %, Hausarzt Y 90 % und Hausarzt Z 20 %. Dazu gibt es noch einen Spezialarzt, welcher 50 % arbeitet. Total hausärztliche Tätigkeit ist 190 %. 80 % davon sind 152 %. Wenn sich die Hausärzte X und Y zu einem Behandlungsqualitätsprogramm zertifizieren lassen, kann die Praxis das EQUAM Label nutzen.

NUR Patientenbefragung (EUROPEP)

Befragung von Patientinnen und Patienten auf Praxisebene oder pro Ärztin / Arzt (ab 2 Ärztinnen / Ärzte pro Praxis). (Upgrade auf Zertifizierung der Arztpraxis innerhalb von zwölf Monaten unter Kostenanrechnung möglich)

- Grundversorger_in
 Pädiater_in
 Spezialärztin / Spezialarzt

NUR Patientenbefragung für chronisch kranke Patientinnen und Patienten

Befragung von Patientinnen und Patienten auf Praxisebene oder pro Ärztin / Arzt (ab 2 Ärztinnen / Ärzte pro Praxis); (Upgrade auf Zertifizierung der Arztpraxis innerhalb von zwölf Monaten unter Kostenanrechnung möglich)

NUR Mitarbeitendenbefragung (ab 20 Mitarbeitenden möglich)

- Arztpraxis Radiologie-Institut

NUR Zuweisendenbefragung (bei unter 40 Zuweisenden Rücksprache mit EQUAM)

- Spezialarztpraxis 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.
- 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.

Bemerkung: _____

Ort und Datum: _____

Vorname, Name: _____

Funktion: _____

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 aller Ärztinnen und Ärzte Ihrer Praxis (unabhängig davon, ob sie eine Zertifizierung mitmachen)³.

Zwingend komplett ausfüllen.

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

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

³ Falls Sie bereits eine Excel-Tabelle all Ihren ärztlichen Mitarbeitenden führen, können Sie uns auch diese schicken (bitte nicht als PDF). Sie sollte einfach die gleichen Informationen beinhalten, wie wir in dieser Tabelle erfragen.