|  |  |
| --- | --- |
| 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) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |  |  |  |  |

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.

Folgende (Senior-) Hauptoperateure können die Zusatzweiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie vorweisen:

|  |
| --- |
| Name des (Senior-) Hauptoperateurs mit SOC |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **QM-Zertifizierung\*** | Art/Modell des QM-Systems |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ISO 9001:2015 |  |  | Sonstige:  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | KTQ |  |  | 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.**

Sind externe Praxen angeschlossen und sollen im Geltungsbereich der Zertifizierung aufgenommen werden?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja und zwar folgende\*: | Musterpraxis, Musterstraße, 12345 Musterhausen |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | nein  |

\*Bitte Namen und Anschrift der Praxis/Praxen nennen.

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung des EndoProthetikZentrums:(bitte auf Monatsebene konkretisieren) |  |

Wenn die Zertifizierung durch einen durch externe Stellen (Berater) begleitet wird, 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 |  | keine externen Stellen (Berater) eingebunden |

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner, Mailadresse: |  |

Wir nehmen den von Ihnen angegebenen Berater bis zu Ihrem Widerspruch in die Kommunikation auf.

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Verantwortliche Person (Unterschrift anfragendes Zentrum) |