|  |  |
| --- | --- |
| Anfragendes Zentrum: | z. B. Zentrum für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie Beispielhausen |
| Klinikum/Unternehmen: | z. B. Klinikum Musterhaft / orthopädische Praxis Mustermann |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort): | z. B. Karlstraße 4 in 12345 Musterhausen |
| Anzahl der Standorte: | z. B. 1 (für die Zertifizierung mehrerer Standorte, bitte das entsprechende Anfrageformular an ClarCert senden!!) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Leitung des Zentrums | Zentrumskoordinator | QMB |
| Titel, Name, Vorname |  |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |  |
| Fax |  |  |  |
| E-Mail |  |  |  |
| Ansprechpartner für ClarCert: | Bitte ankreuzen |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ZFS |  |  | ZFSmax |  |  | ZFSamb |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **QM-Zertifizierung\*** | Art/Modell des QM-Systems | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ISO 9001:2008 |  |  | Zertifikat liegt vor (beiliegend) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | KTQ |  |  | Zertifizierungsstelle beauftragt |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | EPZ-Zertifikat |  |  | kein zertifiziertes QM |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Sonstige |

\* zur Zertifizierung des Zentrums für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie nicht zwingend erforderlich.

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Zertifizierungsstelle |  |
| (sofern bekannt) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des EndoProthetikZentrums |  |
| (sofern vorhanden) |  |

**Bei vorhandener QM-Zertifizierung ist der Nachweis (Zertifikat) mit dieser Anfrage bei ClarCert einzureichen.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anzahl der Eingriffe | 1. Strahl-Eingriffe | Malleolar-frakturen | Sonstige Basiseingriffe | **Gesamt Basiseingriffe** | **Komplexe Eingriffe** | **Gesamt Eingriffe Zentrum** |
| aktuelles Kalenderjahr (Prognose) |  |  |  |  |  |  |
| letztes Kalenderjahr \* |  |  |  |  |  |  |
| vorletztes Kalenderjahr |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zuordnung nach Operateuren \*\* **(letztes Kalenderjahr)** | 1. Strahl-Eingriffe | Malleolar-frakturen | Sonstige Basiseingriffe | **Gesamt Basiseingriffe** | **Komplexe Eingriffe** | **Gesamt Eingriffe Zentrum** |
| (Senior-)Hauptoperateur, Name |  |  |  |  |  |  |
| (Senior-)Hauptoperateur, Name |  |  |  |  |  |  |
| Hauptoperateur, Name |  |  |  |  |  |  |
| Hauptoperateur, Name |  |  |  |  |  |  |
| Operateur, Name |  |  |  |  |  |  |
| Operateur, Name |  |  |  |  |  |  |

Bei Bedarf ist die Tabelle zu erweitern.

\* 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.

\*\* Hier sind alle Personen zu benennen, die fuß- und sprungchirurgische Operationen durchführen!!

Folgende (Senior-) Hauptoperateure können eine der geforderten Zusatzweiterbildung (SOC / SUC / OR) vorweisen:

|  |
| --- |
| Name des (Senior-) Hauptoperateurs mit SOC / SUC / OR |

Folgende (Senior-) Hauptoperateure können das D.A.F.-Zertifikat oder ein Äquivalent (Bestätigung durch die Zertifizierungskommission muss vorliegen) vorweisen:

|  |
| --- |
| Name des (Senior-) Hauptoperateurs D.A.F.-Zertifikat |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Inanspruchnahme der Sonderregelung (EB Kap. 2.1.1) bzgl. der Zusatzweiterbildung „spezielle orthopädische Chirurgie“, „spezielle Unfallchirurgie“ oder „orthopädische Rheumatologie“ |
|  |  | Inanspruchnahme der Sonderregelung (EB Kap. 2.1.1) bzgl. der Zusatzweiterbildung Fußzertifikat (D.A.F.) |

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

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

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

\* Praxen, in denen (Senior-) bzw. Hauptoperateure des Zentrums tätig sind, dürfen Teil des ZFS(max) sein. Praxen, in denen wesentliche Funktionen bzw. Prozesse des ZFS(max) (z. B. Indikationsbesprechung, Prothesenplanung, Aufnahme, Anästhesie-Aufklärung etc.) durchgeführt werden, müssen i.d.R. Teil des ZFS(max) sein.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung des Zentrums für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie (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) |