

# NEU-ANTRAG

## Selbstauskunft zum Zertifikat qualitätsgesichertes Ambulantes Operieren

Einrichtung		
	Name	
	Adresse	
	Tel.	
	Fax.	
	E-Mail	

### A. Allgemeine Angaben

#### Einrichtung

- Praxis (ambulantes Operieren)
- Ambulantes OP-Zentrum
- Praxisklinik (ambulantes Operieren + stat. Versorgung)
- anderes: \_\_\_\_\_

Verantwortliche/er Arzt oder Ärztin bzw. Träger der Einrichtung:

\_\_\_\_\_

Datum der Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_

Ich betreibe die oben genannte Tätigkeit seit \_\_\_\_\_ Jahren.

Ich bin Facharzt/-ärztin für Dermatologie und Venerologie seit \_\_\_\_\_.

Für mich zuständige Landeskammer:

---

Mit der Weitergabe meines Namens und meiner Adresse an anfragende Patienten bin ich einverstanden:

- Ja
- Nein
  
- Ich bestätige das Vorhandensein aller räumlichen, apparativen, personellen und hygienischen Voraussetzungen für das ambulante Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V.
- Eine auf das qualitätsgesicherte ambulante Operieren gerichtete Sprechstunde / Tätigkeit mit geschultem Personal wird regelmäßig ausgeübt.
- Ich habe eingehende Kenntnisse, Fertigkeiten und eigenhändige Therapieerfahrungen im Bereich des ambulanten Operierens.
- Ich verpflichte mich, auch weiterhin regelmäßig an der Fortbildung in diesem Bereich teilzunehmen.
- Sofern ich als Vertragsarzt tätig bin, bestätige ich, dass ich über eine Genehmigung der KV zum qualitätsgesicherten ambulanten Operieren verfüge.

Ich operiere in

- eigenen OP-Räumen
- nutzbaren Räumen eines OP-Zentrums / Krankenhauses:

welche \_\_\_\_\_

## **Gesundheitsamt**

- Erstbegehung durch Gesundheitsamt
- Folgebegehung durch Gesundheitsamt
- Letzte Begehung durch Gesundheitsamt am \_\_\_\_\_
- Sonstige Besichtigung \_\_\_\_\_

KV am \_\_\_\_\_

Bezirksregierung am \_\_\_\_\_

- Ich erkläre mich einverstanden, meine Operationsräume für eine anlassbezogene oder Stichproben-basierte Begehung zur Überprüfung meiner Angaben nach Terminvereinbarungen durch einen benannten Vertreter der DDA begehen zu lassen.

### **Operative Eingriffe:**

Anzahl der operativen Eingriffe/Jahr \_\_\_\_\_

Anzahl der OP-Tage/Jahr \_\_\_\_\_

### **Narkoseverfahren:**

Anzahl der operativen Eingriffe/ Jahr in

Lokalanästhesie \_\_\_\_\_

Vollnarkose \_\_\_\_\_

Anzahl mit Anwendung volatiler Anästhesiemittel \_\_\_\_\_

Anzahl mit Anwendung von i.v. – Anästhesiemittel \_\_\_\_\_

### **Für die Hygiene verantwortliche/r Ärztin/Arzt der Einrichtung:**

\_\_\_\_\_

### **Beratung durch Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin?**

- Ja
- Nein

zuletzt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

**Beratung durch eine staatlich anerkannte Hygienefachkraft?**

- Ja
- Nein

zuletzt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Niveau der Einrichtung unter Berücksichtigung des Anhangs zur Anlage zu Ziffer 5.1 und 4.3.3. der RKI-Richtlinie „Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“

- Eingriffsniveau
- OP-Niveau

Folgende Operationen werden in meiner Praxis durchgeführt:

OPS-Code Anzahl pro Quartal laut Frequenztafel

---

---

---

---

---

---

---

---

Operationen nach GOÄ (GOÄ 2404) Frequenz pro Quartal

---

---

---

---

---

---

---

---

Weitere Frequenz pro Quartal

---

---

---

---

## B. Strukturqualität

### B.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

#### B.1.1 Raumprogramm

##### B.1.1.1 Eingriffseinheit

- Eingriffsraum
- Vorraum (Personalkleidung, Chirurgische Händedesinfektion)
- Aufbereitungs-/ Sterilisiererraum
- Entsorgungsraum
- Patientenumkleide

##### B.1.1.2 OP-Einheit

- Personalschleuse
- Patientenschleuse
- Waschplatz
- OP-Raum
- Separater Aufbereitungs-/ Sterilisiererraum
- Unreiner Arbeitsraum (Entsorgungsraum)
- Geräteraum
- Sterilgut Lager
- Ein-/ Ausleiterraum
- Aufwachraum

- Ich verpflichte mich Änderungen an die DDA mitzuteilen, falls die Voraussetzungen zum ambulanten Operieren nicht mehr gegeben sind.
- Die Kosten für die Ausstellung des Zertifikates in **Höhe von 200 €** werde ich tragen.
- Ich möchte das **DDA-Marketingpaket für 25 €** erwerben inkl. der DDA-Siegel, um meine Kompetenzen auch für meine Patienten besser sichtbar zu machen. (falls nicht, bitte durchstreichen)

---

**Ort**

**Datum**

**Praxisstempel / Unterschrift**

Bitte beachten Sie § 27 der auf dem 105 Deutschen Ärztetag in Rostock (28. Bis 31.05.2002) verabschiedeten (Muster-) Berufsordnung für Ärzte.

(5) Die Angabe nach Abs. 4 Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassenden Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.

(6) Die Ärzte haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.