|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | AG-Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland***in der Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie (ADE) Rheinland-Pfalz e.V.***Diabetes-Fußnetz SüdwestLandesgruppe Rheinland-Pfalz der Deutschen Diabetes Gesellschaft  |  |

**Fragebogen zur Folgezertifizierung Fußbehandlungseinrichtung**

**der AG Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland in der ADE**

(Stand 14.03.2021)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Datum:

 Name/Adresse (Stempel) Antragsteller

###### Hospitation (oder Hospitationsbericht AG-Fuß DDG)

 Wer?: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Wann?: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Wo?: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 (Hospitationsbescheinigung bitte beifügen)

 Wer hat dort die Fußbehandlung durchgeführt?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Wo befindet sich der Fußbehandlungsraum?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Wie sieht der behindertengerechte Zugang aus?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Wie wird sterilisiert? [ ]  Heißluft [ ] Autoclav (bitte kennzeichnen)

 Hängt die Oppenheimer Erklärung aus? [ ] Ja [ ]  nein (bitte kennzeichnen)

 Hygienemanagement?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

MRSA-Management?

 (Waren Ihrem Eindruck nach die wesentlichen Strukturen vorhanden, oder was fehlte?)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Antrag zur Folgezertifizierung Fußbehandlungseinrichtung Seite 2

**Fragen zur Struktur- und Prozessqualität Ihrer Fußbehandlungseinrichtung**

 Kooperationspartner (bitte **noch mal** neu nennen, mit Namen, Ort,

 Berufsbezeichnung, ggf. Kooperationsvertrag beifügen)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* interdisziplinäre Fußstation: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* interventioneller Radiologe: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Angiologe: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Gefäßchirurg: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Radiologie: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Chirurg/Orthopäde: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Mikrobiologie: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Orthopädieschuhmachermeister: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Orthopädietechniker: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Podologe: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Einrichtung zur Einholung einer Zweitmeinung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Ambulante Fußbehandlungseinrichtung (nur für stat. Zentren): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Qualifizierte Notfallversorgung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Urlaubsvertretung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Ist der Zugang zu Ihrem Fußbehandlungszentrum behindertengerecht?

 Stockwerk?, Aufzug?, Rampe?, Sonstiges?

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

###

###  Wird der Fußbehandlungsraum ausschließlich für die Fußbehandlung benutzt?

 [ ] Ja [ ]  Nein

 (bitte kennzeichnen)

 sondern auch für Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Antrag zur Folgezertifizierung Fußbehandlungseinrichtung Seite 3

Werden in Ihrem Zentrum Diabetikerschulungen durchführt? [ ]  Ja [ ]  Nein

 (bitte kennzeichnen)

 Wie heißt Ihr/e Diabetesberater/in? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

###  Arbeitsstunden pro Woche?

 [ ] Festangestellt [ ] Honorarbasis [ ] Teilzeit Stundenzahl ( ) (bitte kennzeichnen)

 [ ]  Wundassistent/in DDG

 Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Stundenzahl: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  alternative Ausbildung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Für stationäre Einrichtungen: Verbandswagen? [ ]  Ja [ ] Nein

 (bitte kennzeichnen)

Das Keimspektrum vom vergangen Jahr liegt bei [ ]

wurde/wird abgegeben bei Dr. Schulze [ ]

Die Abgabe der Erhebung ist Teil der Rezertifizierung, obligat im ambulanten Bereich, fakultativ im stationären Bereich

 Behandlungszeiten in der Fußambulanz?:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der vorgenannten Angaben.

 Ort, Datum Unterschrift

Ohne die Überweisung der Zertifizierungsgebühr in Höhe von 100,00 Euro auf das unten genannte Konto der ADE ist eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorsitzende/r der ADE1. Prof. Dr. med. Anca Zimmermann2. Dr. med. Elke Redlin-Kress3. Dr. med. Lutz Stemler | Schriftführer der ADEDr. med. Dirk SchulzeSchatzmeister der ADE Dr. med. Heinz Peter Kröll | RegistergerichtMainz | Sparkasse MainzIban: DE48 5505 0120 0000 050757BIC: MALADE51MNZ |