



Fragebogen zur Folgezertifizierung Fußbehandlungseinrichtung der AG Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland in der ADE

(Stand 14.03.2021)

Datum:

Name/Adresse (Stempel) Antragsteller

Hospitation (oder Hospitationsbericht AG-Fuß DDG)

Wer?:

Wann?:

Wo?:

(Hospitationsbescheinigung bitte beifügen)

Wer hat dort die Fußbehandlung durchgeführt?

Wo befindet sich der Fußbehandlungsraum?

Wie sieht der behindertengerechte Zugang aus?

Wie wird sterilisiert?

Heißluft Autoclav (bitte kennzeichnen)

Hängt die Oppenheimer Erklärung aus?

Ja nein (bitte kennzeichnen)

Hygienemanagement?

MRSA-Management?

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

Fragen zur Struktur- und Prozessqualität Ihrer Fußbehandlungseinrichtung

Kooperationspartner (bitte **noch mal** neu nennen, mit Namen, Ort, Berufsbezeichnung, ggf. Kooperationsvertrag beifügen)

- interdisziplinäre Fußstation:

- interventioneller Radiologe:

- Angiologe:

- Gefäßchirurg:

- Radiologie:

- Chirurg/Orthopäde:

- Mikrobiologie:

- Orthopädieschuhmachermeister:

- Orthopädietechniker:

- Podologe:

- Einrichtung zur Einholung einer Zweitmeinung:

- Ambulante Fußbehandlungseinrichtung (nur für stat. Zentren):

- Qualifizierte Notfallversorgung:

- Urlaubsvertretung:

Ist der Zugang zu Ihrem Fußbehandlungszentrum behindertengerecht?
Stockwerk?, Aufzug?, Rampe?, Sonstiges?

Wird der Fußbehandlungsraum ausschließlich für die Fußbehandlung benutzt?

Ja Nein

(bitte kennzeichnen)

sondern auch für

Werden in Ihrem Zentrum Diabetikerschulungen durchgeführt?

Ja Nein
(bitte kennzeichnen)

Wie heißt Ihr/e Diabetesberater/in?

Arbeitsstunden pro Woche?

Festangestellt Honorarbasis Teilzeit Stundenzahl () (bitte kennzeichnen)

Wundassistent/in DDG

Name:

Stundenzahl:

alternative Ausbildung:

Für stationäre Einrichtungen: Verbandswagen?

Ja Nein
(bitte kennzeichnen)

Das Keimspektrum vom vergangenen 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?:

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 ADE
1. Prof. Dr. med. Anca Zimmermann
2. Dr. med. Elke Redlin-Kress
3. Dr. med. Lutz Stemler

Schriftführer der ADE
Dr. med. Dirk Schulze
Schatzmeister der ADE
Dr. med. Heinz Peter Kröll

Registergericht
Mainz

Sparkasse Mainz
Iban: DE48 5505 0120 0000 050757
BIC: MALADE51MNZ