

# Zertifizierung einer Praxis/Ambulanz

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns sehr darüber, dass Sie sich als Weiterbildungspraxis zum DGU-Weiterbildungscurriculum angemeldet haben. Wir dürfen Sie nun bitten, den nachstehenden Fragebogen zur Zertifizierung Ihrer Praxis auszufüllen und ihn anschließend per E-Mail an [curriculum@dgu.de](mailto:curriculum@dgu.de) oder postalisch an die Adresse DGU e. V., Martin-Buber-Straße 10, 14163 Berlin zurückzusenden.

Für die Auditierung, Zertifizierung und Verwaltungskosten Ihrer Praxis am Weiterbildungscurriculum Urologie wird für einen Zertifizierungszeitraum von 5 Jahren eine Gebühr von 400,00 € zzgl. USt. erhoben.

## Kontaktdaten Praxis

Praxis ..... .....	Adresse ..... .....
Telefon: .....	E-Mail: .....
Weiterbildungsermächtigter Praxis? (Nennung mehrerer Personen möglich)	..... ..... .....

## Praxisprofil

Praxisgröße in m <sup>2</sup>	..... m <sup>2</sup>	
Anzahl der Behandlungszimmer allgemein	..... Behandlungszimmer	
Eigenes Behandlungszimmer für den Weiterbildungsassistenten regelmäßig vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
OP-Spektrum der Praxis, einschließlich Vasektomie, ggf. ESWL	..... ..... .....	
Operative Tätigkeit in der Praxis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Operative Tätigkeit außerhalb der Praxis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wo? ..... ..... .....	
	Wenn ja, ambulante und/oder stationäre Eingriffe? .....	

# Zertifizierung einer Praxis/Ambulanz

	Wenn ja, Mitbetreuung durch ärztlich-urologisches Klinikpersonal (aus Hauptabteilung)? <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja, wie viele OP-Tage in der Woche? ..... Tage	
Operative Tätigkeit mit Vollnarkose oder Regionalanästhesie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wo? ..... ..... .....	
Urodynamik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Labor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche Art von Labor? <input type="checkbox"/> Mikrobiologisches Labor <input type="checkbox"/> Serologisches Labor (PSA, Hormondiagnostik) <input type="checkbox"/> Spermioogramme	

## Assistenzpersonal

Anzahl der medizinischen Fachangestellten und anderen Mitarbeitern (jeweils Vollzeit oder Teilzeit)	<b>Medizinische Fachangestellte</b>
	..... in Vollzeit
	..... in Teilzeit
	<b>Andere Mitarbeiter</b>
	..... in Vollzeit
	..... in Teilzeit

## Leistungsspektrum Praxis

Erfolgt typische ambulante Diagnostik entsprechend der geforderten Anzahl durch ÄK?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wie? ..... ..... .....	

# Zertifizierung einer Praxis/Ambulanz

KV Bereitschaftsdienste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wie viele? ..... Bereitschaftsdienste	
Belegarzt-Dienste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wie viele? ..... Belegarzt-Dienste	

## Besonderheiten

Allgemeines Spektrum	<input type="checkbox"/> onkologisch
	<input type="checkbox"/> reproduktionsmedizinisch
	<input type="checkbox"/> operativ
	<input type="checkbox"/> Proktologie
	<input type="checkbox"/> sonstige (bitte angeben)
	.....

## Programmenteilnahme - Fortbildung

Gewährleistung der jährlichen Freistellung der einzelnen Assistenten für Modulseminare?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

## Berechtigungen der Kassenärztlichen Vereinigung

Ambulantes Operieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Laborgenehmigung - Kapitel 32.3 (OIII)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Onkologisch qualifizierter Arzt (mit medikamentöser Tumorthherapie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychosomatische Grundversorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röntgen mit Durchleuchtung (Gliedmaßen/Rumpf)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röntgen ohne Durchleuchtung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonographie Abdomen und Retroperitoneum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonographie: Gefäße Abdomen, Retrop. und Mediastinum (Duplex)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

# Zertifizierung einer Praxis/Ambulanz

Sonographie: Gefäße männliches Genitalsystem (CW-Doppler)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonographie: Gefäße männliches Genitalsystem (PW-Doppler)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonographie Uro-Genitalorgane	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stosswellenlithotripsie (ESWL)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tätigkeit als Belegarzt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zusatzvereinbarung Hygieneprogramm für Endoskopie – Gastroenterologen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Onkologie

Liegt die Zulassung im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige Teilnahme an einem Tumorboard?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat der Weiterbildungsberechtigte auch die Onkologie Zulassung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erfolgt die medikamentöse Tumorthherapie in den Praxisräumlichkeiten und/oder in ausgelagerten Räumen?	<input type="checkbox"/> ja, in den Praxisräumlichkeiten <input type="checkbox"/> nein, in ausgelagerten Räumen <input type="checkbox"/> sowohl als auch (beides)	
Transfusions-und Blutersatztherapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Evaluation

Sind Sie mit einer jährlichen Evaluation der Praxis einverstanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie damit einverstanden, dass das Ergebnis der Evaluation auf dem Portal veröffentlicht wird?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Weiterbildung

Wer in Praxis steht als Tutor zur Verfügung?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--

# Zertifizierung einer Praxis/Ambulanz

Sind die Tutoren einverstanden mit einer Schulung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Assistent über die Berufshaftpflichtversicherung des Weiterbildungsermächtigten versichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fachärztlicher Backup für eine Assistenten-Vollzeitstelle vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja, immer <input type="checkbox"/> ja, teilweise	<input type="checkbox"/> nein

## Finanzierung

Finanzierung aus Mitteln der Praxis? (freiwillige Angabe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> noch unklar
	Wenn ja, wie viel? ..... € (brutto)		
Finanzierung über KV? (freiwillige Angabe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> noch unklar
	Wenn ja, wie viel? ..... €		

Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt und ist daher ohne Unterschrift gültig.

Im Falle eines handschriftlichen Ausfüllens müssen wir Sie jedoch bitten, das Dokument zu unterzeichnen.

Ich habe den Inhalt der Datenschutzerklärung (Hinweise zum Datenschutz und Datenschutzerklärung für die Nutzung des Urologenportals [[www.urologenportal.de](http://www.urologenportal.de)]) gelesen und bestätige mit der Rücksendung des Formulars mein Einverständnis zur Speicherung und Nutzung meiner Daten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift