

Erhebung der Kriterien für das FQSD-Ö Zertifikat

Zentrum:

.....
Adresse:

.....
Ansprechperson:

.....
Telefonnummer (für ev. Rückfragen):

.....
Emailadresse:

.....
Sie sind:

- Niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin
- Niedergelassener Facharzt für Innere Medizin
- Eine ambulante Einrichtung
- Eine stationäre Einrichtung

.....
Haben Sie andere Ärzte, mit denen Sie in der Betreuung Ihrer Diabetespatienten kooperieren?

- Kooperiere mit einem Facharzt für Augenheilkunde
- Kooperiere mit einer Fußambulanz
- Kooperiere mit anderen Ärzten, welche meine Patienten strukturiert schulen
- Es bestehen keine derartigen Kooperationen

.....
Besitzen Sie einen Raum, in denen Sie Patientenschulungen durchführen können und der auch für Schulungen eingerichtet ist?

- Ja
- Nein

.....
Führen Sie Patientenschulungen durch?

- Ja
- Nein

Welches Schulungsprogramm verwenden Sie bei Ihren Schulungen?

- Steirisches Schulungsprogramm für Patienten mit Diabetes mellitus
- Kärntner Schulungsprogramm für Patienten mit Diabetes mellitus
- Wiener Schulungsprogramm für Patienten mit Diabetes mellitus
- Salzburger Schulungsprogramm für Patienten mit Diabetes mellitus
- MEDIAS 2
- Anderes strukturiertes Schulungsprogramm:

(bitte Schulungsprogramm unbedingt angeben)

Verfügen Sie über die Möglichkeit, individualisierte Feedbackberichte (z.B. viertel-jährliche Feedbackberichte) zu erstellen?

- Ja, nach der Methode des Forum Qualitätssicherung in der Diabetologie Österreich
- Ja, mithilfe einer anderen Qualitätssicherungsinitiative:

(bitte unbedingt angeben)

Haben Sie auch die Möglichkeit des Benchmarkings, d.h. Ihre Arbeitsqualität mit anderen Ärzten zu vergleichen (z.B. bei FQSD-Ö)?

- Ja
- Nein

Zertifizierung Zentrum _____

	Für wie viele Patienten pro Jahr liegt strukturierte Dokumentation vor?		Wie viele Patienten mit Diabetes waren bei Ihnen pro Jahr in kontinuierlicher Betreuung? ¹
	FQSD-Ö	andere ²	
2002			
2003			
2004			
2005			
2006			

	An wie vielen FQSD Arbeitstreffen haben Sie/Mitarbeiter aus Ihrem Zentrum in diesen Jahren teilgenommen?	Waren Sie in diesen Jahren Mitglied eines Qualitätszirkels?	Wurden in diesem Qualitätszirkel mindestens dreimal in diesen zwei Jahren diabetesrelevante Themen bearbeitet? ³
2002-2003		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2003-2004		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2004-2005		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2005-2006		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Ich möchte für die Jahre, in denen die geforderten Kriterien erfüllt sind, um Zertifizierung ansuchen und bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Kriterien erfüllt für: (Vom FQSD-Ö Office auszufüllen)

- 2003
- 2004
- 2005
- 2006

¹ Wenn für mehr als 100 Patienten Dokumentation vorhanden ist, ist diese Angabe optional

² auf Anfrage vorzuweisen

³ Protokolle auf Anfrage vorzuweisen, wenn möglich bitte bei Antragstellung bereits beilegen

