

ANTRAG

DDG

Deutsche Diabetes Gesellschaft

ARBEITSGEMEINSCHAFT
DIABETISCHER Fuß in der DDG

Deutsche Diabetes Gesellschaft
Albrechtstraße 9
10117 Berlin

Ambulanter Antrag

Zertifizierung als ambulante Fußbehandlungseinrichtung DDG

Antragsnummer:
Eintrag durch DDG

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Folgeantrag; zertifiziert seit: _____	
Antragstellende Einrichtung <i>(Angaben werden auch für die Veröffentlichung auf der Internetseite genutzt)</i>		
Name der Einrichtung:		Abteilung/Station:
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:	Telefax:	E-Mail:
Ansprechpartner:		
Sprechzeiten:		
<i>Rechnungsanschrift, falls abweichend:</i>		
Empfänger:		
Straße:	PLZ:	Ort:

Hinweis

Alle Informationen zu den Bedingungen für eine Anerkennung als Fußbehandlungseinrichtung DDG finden Sie in der **Verfahrensbeschreibung zur Anerkennung als „Fußbehandlungseinrichtung DDG“**, die zum Herunterladen auf der DDG-Internetseite unter www.ddg.info/zertifizierung/fussbehandlungs-einrichtungen/antragsformulare.html bereitstehen.

Qualitätsstandards

1. Strukturqualität

a) Ausstattung

Bitte nennen bzw. beschreiben Sie explizit	Bearbeitungs- vermerk DDG
Fußbehandlungsräume:	
Ausstattung (s. Formular Mindestkriterien):	
Behandlungsstuhl bzw. alternative Lagerung:	
Neurologische Diagnostik:	
Angiologische Diagnostik:	
Dopplergerät:	
Sonstige Arbeitsmittel:	

Hinweis

Bei der Ausstattung der Einrichtung müssen die Mindeststandards nach den Richtlinien der AG-Fuß erfüllt sein: Fußbehandlungsraum und/oder Verbandswagen hauptsächlich für Fußbehandlung, Behandlungsstuhl oder -liege bzw. Bett. Ausreichende Beleuchtung. Apparative Mindestausstattung zur neurologischen (Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) und angiologischen Basisdiagnostik (Doppler mit Ober- und Unterschenkel-manschette), Bilddokumentationsmöglichkeit, steriles Instrumentarium. Die vorhandenen Räume und deren Ausstattung sollten **kurz**, ev. tabellarisch **nachvollziehbar und überprüfbar** beschrieben werden, die Bemerkung „vorhanden“ oder „entsprechend den Richtlinien“ oder Vergleichbares ist nicht ausreichend.

b) Dokumentation

	Bearbeitungs- vermerk DDG
<input type="checkbox"/> Dokumentationsbogen der AG Fuß	
<input type="checkbox"/> Anderweitige Dokumentationsbögen (Blankobogen muss in Kopie beigefügt werden)	
<input type="checkbox"/> Fotodokumentation erfolgt mit (Kameratyp) _____	

Einzureichende Unterlagen: keine

c) Personal

Für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms **unmittelbar** zuständiges Personal (**Ärzte und medizinisches Assistenzpersonal**).
Bei mehr Platzbedarf nutzen Sie bitte eine separate Seite.

Name	Berufliche Qualifikation	Stellen- umfang %	Bearbeitungs- vermerk DDG

Hinweis

Hier sollten alle Personen aufgeführt werden, die unmittelbar an der Wundversorgung oder der logistischen Betreuung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom in der jeweiligen Einrichtung beteiligt sind, **das Fußbehandlungsteam im engeren Sinne**. Zum Behandlungsteam gehört nur betriebsinternes Personal.

In jeder Einrichtung ist die Vollzeitbeschäftigung einer/s Wundassistenten/in DDG (oder vergleichbare Qualifikation) bzw. die Teilzeitbeschäftigung mehrerer Mitarbeiter mit dieser Qualifikation mit Beleg/en (Urkunden/Zertifikaten) nachzuweisen. Der Antragsteller bestätigt mit seiner Unterschrift die VZ-Beschäftigung oder TZ-Beschäftigung in o.g. Umfang.

Einzureichende Unterlagen:

Anerkennungsurkunden / Weiterbildungszertifikate des Personals zur Fußbehandlung

Hiermit bestätige ich die Beschäftigung der Wundassistenz in o.g. Umfang:

 Stempel und Unterschrift Antragsteller

2. Struktur- und Prozessqualität

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kooperation per Vereinbarung mit:

Fachrichtung		Name und Anschrift des Kooperationspartners	Bearbeitungs- vermerk DDG
<input type="checkbox"/>	Diabetologie		
<p><i>Die Notwendigkeit einer Kooperationsvereinbarung entfällt, wenn einer der in der Einrichtung tätigen Ärzte Diabetologe ist</i></p> <p><input type="checkbox"/> Diabetologe DDG oder <input type="checkbox"/> Diabetologe LÄK (bitte entsprechende Urkunde beifügen)</p>			
<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie		
<input type="checkbox"/>	Chirurgie / Orthopädie		
<input type="checkbox"/>	Mikrobiologie		
<input type="checkbox"/>	Angiologie / Interventionelle Radiologie		
<input type="checkbox"/>	Orthopädienschuhmachermeister		
<input type="checkbox"/>	Orthopädie-technikermeister		
<input type="checkbox"/>	Podologie		

Hinweis

In der Liste müssen die jeweiligen externen und „betriebsinternen“ Kooperationspartner namentlich genannt werden. Zum Nachweis der interdisziplinären Zusammenarbeit muss eine individuelle Kooperationsvereinbarung vorgelegt werden, die mindestens folgende Inhalte umfasst: Kooperationspartner, spezifizierte Kooperationsinhalte, individuelle Schnittstellendefinition. Für die Prozessqualität sollten zudem vereinbarte Behandlungsprozesse der jeweiligen Kooperationspartner in der Vereinbarung beschrieben sein. Übernommene Muster von Kooperationsvereinbarungen können der individuellen Vereinbarungsgestaltung nicht gerecht werden. Hausinterne Kooperationen können durch Vorlage interner QM-Module (Verfahrensanweisungen) z.B. im Rahmen von KTO, QMKD, DQM oder ähnlichem belegt werden.

Einzureichende Unterlagen:

- Wenn Antragsteller kein Diabetologe und der Kooperationspartner nicht Diabetologe DDG ist: Urkunde Diabetologe Landesärztekammer
- Mindestens fünf Kooperationsvereinbarungen, die über den Inhalt der Kooperation Auskunft geben und von beiden Seiten unterzeichnet sind. Der Unterzeichnungszeitpunkt darf nicht länger als 18 Monate vor Einreichung des Antrags liegen.

Fuß-Schwerpunktstation

		Bearbeitungs- vermerk DDG
Name der Einrichtung:		
Vertretung gewährleistet durch:		
Qualifizierte Notfallversorgung gewährleistet durch:		

Hinweis

Angabe ist für einen Antrag auf **ambulante Anerkennung** obligatorisch

3. Prozess-Qualität

	<i>Bearbeitungs- vermerk DDG</i>
<input type="checkbox"/> Vorgehen nach Prozess-Standards	
<input type="checkbox"/> Orientierung an: „IWGDF Guidance on the management and prevention of foot problems in diabetes 2015“	
<input type="checkbox"/> Orientierung an: „DDG Praxisempfehlung: Diabetisches Fußsyndrom“	
<input type="checkbox"/> Orientierung an: „Nationale Versorgungs-Leitlinie Typ-2-Diabetes, Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen“ (2010)	
<input type="checkbox"/> Hygieneplan vorhanden	
Anzahl der innerhalb des letzten Kalenderjahres betreuten DFS-Patienten: _____	
In die eingereichte Evaluation (siehe Punkt 5.) wurden _____ neue Läsionen und _____ Läsionen in chronischer Betreuung eingeschlossen.	

4. Hospitation

		<i>Bearbeitungs- vermerk DDG</i>
Aktive Hospitation:	Das Teammitglied _____ (<i>Vor- und Zuname</i>) hat am _____ folgende Behandlungseinrichtung hospitiert: _____	
Passive Hospitation:	Die Einrichtung ist am _____ hospitiert worden von: _____ (<i>Vor- und Zuname</i>)	

Einzureichende Unterlagen:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> je ein Hospitationsbericht aktiv/passiv |
| <input type="checkbox"/> Formular „Bestätigung der Mindestkriterien“, unterzeichnet vom passiven Hospitanten (siehe auch Pkt. 1a) |

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die Hospitation bei Antragstellung nicht älter als 18 Monate sein darf.

5. Ergebnisqualität

		Bearbeitungs- vermerk DDG
<input type="checkbox"/>	Beiliegende Excel-Datei (CD-Rom o. ä.)	
<input type="checkbox"/>	Beiliegende Patientenliste (Papierversion: maschinenschriftlich, gut lesbar)	

Einzureichende Unterlagen:

- Evaluation von 30 konsekutiven Patienten mit DFS, Nachuntersuchungen innerhalb von 6 Monaten (+/- 4 Wochen), **vorzugsweise digital** (CD o.ä.)

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die Rekrutierung der Patienten frühestens 18 Monate vor der Antragstellung beginnen darf, die Nachuntersuchung nach 6 Monaten (+/- 4 Wochen) muss erfolgt und dokumentiert sein.

6. Mitgliedschaft in der AG Diabetischer Fuß der DDG

		Bearbeitungs- vermerk DDG
<input type="checkbox"/>	Der Unterzeichner/die Unterzeichnerin bestätigt die Mitgliedschaft in der AG Diabetischer Fuß	
Mitglied der AG Diabetischer Fuß in unserer Praxis ist: _____ (Vor- und Zuname) seit: _____		
Der Unterzeichner / die Unterzeichnerin als für die Fußbehandlung zuständige/r Ärztin/Arzt bestätigt mit seiner / ihrer Unterschrift die Richtigkeit der oben genannten Angaben.		

Einzureichende Unterlagen:

- Aktuelle Bescheinigung für die Mitgliedschaft in der **AG Fuß** der DDG (ggf. Abbuchungsbeleg des Jahresbeitrags)

Hinweis

Der für die Behandlung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom zuständige Arzt / die Ärztin ist nicht zwangsläufig der ärztliche Leiter der Behandlungseinrichtung, sondern der/diejenige, der/die verantwortlich die Fußbehandlung der Patienten durchführt bzw. die Behandlungsdurchführung unmittelbar delegiert. Er / Sie hat stets Facharztstatus.

Datenschutzerklärung:

- Hiermit bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung der DDG zur Kenntnis genommen habe und mit dem Umgang meiner Daten hinsichtlich der Datenverarbeitung und der Datenveröffentlichung (DDG Homepage) sowie der Weitergabe an die AG Diabetischer Fuß der DDG einverstanden bin. <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/datenschutz.html>.

Stempel der Institution

Ort Datum Stempel und Unterschrift des ärztlichen Antragstellers

Senden an: Deutsche Diabetes Gesellschaft
Albrechtstraße 9
10117 Berlin

Nachfragen unter: fussbehandlung@ddg.info



Deutsche Diabetes Gesellschaft

Deutsche Diabetes Gesellschaft
Albrechtstraße 9
10117 Berlin

**Datenschutzerklärung für den Antrag als ambulante bzw.
klinisch/stationäre Fußbehandlungseinrichtung DDG**

(Einrichtung)

Ich nehme zur Kenntnis, dass zur Durchführung der Zertifizierung die Weitergabe der von mir/uns korrekt pseudonymisierten Patientendaten und ggfs. der zertifizierungsrelevanten Mitarbeiterdaten an die von der DDG beauftragten Gutachter zwingend notwendig ist. Die DDG als Verantwortliche im Sinne des Datenschutzrechts versichert mir insoweit die Einhaltung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Ferner stimme ich im Falle einer erfolgreichen Anerkennung der Veröffentlichung als anerkannte Einrichtung/Person auf der Homepage und den Printmedien der DDG zu.

Ort

Datum

Unterschrift des ärztlichen Antragsstellers und STEMPEL
(zusätzlich in DRUCKBUCHSTABEN)

Sie haben ein 14-tägiges Rücktrittsrecht, von dem Sie per Post oder E-Mail Gebrauch machen können.