

Antrag auf Verleihung des ÖGAM-Praxissiegels

Hiermit wird die Verleihung des ÖGAM-Praxissiegels „ÖGAM – Hausärztliche Primäversorgung“ beantragt.

Bezeichnung und Adresse der Praxis:

.....
.....
.....

Mit * gekennzeichnete Angebote sind nur dann Voraussetzung für die Zuerkennung des ÖGAM-Praxissiegels, wenn sie im Honorarkatalog des jeweiligen Bundeslandes abgebildet sind.

Die Erfüllung aller unterstrichenen Kriterien ist jedenfalls Voraussetzung für die Zuerkennung des Praxissiegels.

Folgende Voraussetzungen sind gegeben:

Allgemeine Voraussetzungen:

•Mitglied der ÖGAM

ja nein (Empfehlung)

•ÖQMED Kriterien sind erfüllt

ja nein letzte Zertifizierung: (Nachweis bitte anschließen)

•DFP – gültiges Diplom vorhanden

(Nachweis bitte anschließen)

ja nein

•Verträge mit allen Kassen vorhanden

ja nein

•Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit entsprechend den gültigen wissenschaftlichen Kriterien

ja nein

Organisationsform *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Einzelpraxis (Praxis mit einem Arzt/einer Ärztin)

Praxis mit mehreren Ärzten/Ärztinnen *(mittlere Wochenarbeitszeiten gesamt bitte anführen)*

.....
•**Gesellschafter:innen/Vertragsärzt:innen:** Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

•**Angestellte Ärzt:innen:** Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

•**Regelmäßige Vertretungsärzt:innen:** Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

PVE

•**Gesellschafter:innen/Vertragsärzt:innen:** Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

•**Angestellte Ärzt:innen:** Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

•**Regelmäßige Vertretungsärzt:innen:** Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

Praxisteam

•**Ordinationsassistent:innen mit spezifische Ausbildung:**

Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

Tätigkeitsbereich:

•**Ordinationsassistent:innen ohne spezifische Ausbildung:**

Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

Tätigkeitsbereich:

•**Diplomierte Pflegeperson/en:**

Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

•**Gesundheitsberufe:**

Beruf: Wochenarbeitszeit:

Beruf: Wochenarbeitszeit:

Beruf: Wochenarbeitszeit:

Beruf: Wochenarbeitszeit:

Beruf: Wochenarbeitszeit:

Beruf: Wochenarbeitszeit:

Praxisorganisation

•Öffnungszeiten (*Ordination besetzt*)

.....
.....

•Ordinationszeiten (*Ärzt:in anwesend*)

.....
.....

•Erreichbarkeit (*für dringende Fälle*)

ja nein Bitte um kurze Beschreibung:

.....

•In der Region gibt es ein Bereitschaftsdienstmodell*

ja nein

•Die antragstellende Praxis nimmt daran regelmäßig teil*

ja nein

•Die Praxis verfügt über eine Website

ja nein¹ Web-Adresse:

•Die Partner bzw. Gesellschafter erbringen die vertraglich vereinbarten Ordinationszeit überwiegend selbst

ja nein Bitte um kurze Beschreibung der Organisation (Nachweise in Form von Website oder Ordinationsschild bzw. Dienstpläne bitte beischließen):

.....

¹Einzelpraxen, die alle Kriterien erfüllen, aber keine Homepage haben, erhalten das Siegel mit der Auflage, innerhalb der nächsten 2 Jahre eine solche zu errichten.

•Die Kontinuität der Betreuung wird sichergestellt

ja nein Bitte um kurze Beschreibung der diesbezüglichen Abläufe:

•Terminmanagement vorhanden

ja nein Bitte um kurze Beschreibung:

• Die Praxis ist bereit, an Projekten zur Diagnosekodierung teilzunehmen

ja nein

Kooperation ärztliche Ebene:

•Vernetzung mit Nachbarpraxen/Sprengelnetzwerke

ja nein Bitte um kurze Beschreibung

•Geregelter Informationsaustausch (z.B.: Qualitätszirkel)

ja nein Bitte um kurze Beschreibung:

•Abgesprochene Ordinations-/Bereitschaftszeiten

ja nein Bitte um kurze Beschreibung:

•Gemeinsam erzielte Erreichbarkeit (Öffnungszeit + Bereitschaftszeiten)

..... Stunden/pro Woche an Tagen/pro Woche

Öffentliche Sichtbarkeit der gemeinsam erzielten Erreichbarkeit gewährleistet durch:

Bitte um kurze Beschreibung:

Kooperation mit Gesundheitsberufen außerhalb der Praxis

• Bedarfsorientierte Kooperation mit Gesundheits-/Sozialberufen außerhalb der Praxis

ja nein

• Strukturierte Kooperation mit Gesundheits-/Sozialberufen außerhalb der Praxis mit geregelten Informationsabläufen

ja nein Bitte um kurze Beschreibung:

.....

• Kooperation mit folgenden Berufsgruppen:

.....

Ausbildungsfunktion

• Anerkennung als Lehrpraxis (postpromotionell) durch die Ärztekammer

..... (Landesärztekammer bitte angeben)
 ja nein (Nachweis bitte anschließen)

• Anerkennung als Lehrordination an der Universität

..... (Universität bitte angeben)
 ja nein (Nachweis bitte anschließen)

Ausstattung

• Kleines Labor*

ja nein

Parameter:

• Bedsidetests*

ja nein

Welche:

• Kleine Chirurgie*

ja nein

• Sauerstoffflasche

ja nein

• Zugang Point-of-Care Tools (z.B. Guidelines, Leitlinien)

ja nein

Bitte um kurze Beschreibung:

• Zwei Behandlungsräume

ja nein

Leistungsspektrum

• Strukturierte Betreuung chronisch Kranker

ja nein

• Wundversorgung (auch chronische Wunden)

ja nein

• **Teilnahme an (verfügbaren) Disease Managementprogrammen**

ja nein (Verträge bitte anschließen)

• **Hausbesuche werden durchgeführt**

ja nein

• **Betreuung aller Altersgruppen**

ja nein

• **Palliative Basisversorgung wird angeboten**

ja nein

• **Palliativdiplom vorhanden**

ja nein

• **Vorsorgemedizin, Gesundheitsförderung (Impfwesen, Präventionsberatung, qualitätsgesicherte Gesundheitsinformation)**

ja nein Bitte um kurze Beschreibung:

.....

• **Katheterwechsel werden durchgeführt***

ja nein

• **Infusionstherapie* (wenn indiziert - z.B. adjuvante Therapien wie Bisphosphonate, Dehydratation etc.)**

ja nein

• **Medikationsmanagement wird angeboten**

ja nein Bitte um kurze Beschreibung:

.....

*Die Antragssteller:innen nehmen zur Kenntnis, dass das Praxissiegel für 5 Jahre zuerkannt wird.
Die Re-Zertifizierung muss vom Antragsteller beantragt werden.
Die Antragssteller:innen verpflichten sich, Änderungen der genannten Zertifizierungskriterien der ÖGAM
unter der Adresse office@oegam.at bekannt zu geben.
Bei Änderungen, die dazu führen, dass die Grundprinzipien der Primärversorgung nicht mehr erfüllt sind,
ist eine Aberkennung des Praxissiegels möglich.*

Unterschriften der Antragssteller:innen (alle Partner:innen bzw. Gesellschafter:innen):

Ort:

Datum:

Unterschrift/en: