

Antrag auf Verleihung des ÖGAM-Praxissiegels

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

Bezeichnung und Adresse der Praxis:

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

E-Mail Adresse:

.....

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)

•ÖÄK-Diplom(e): (wenn vorhanden)

.....
.....

•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 spezifischer 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 / erreichbar*)

.....

• **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 mit Nachbarpraxen

ja Bitte um kurze Beschreibung:

.....

nein Bitte um kurze Begründung:

.....

Öffentliche Sichtbarkeit der gemeinsam erzielten Erreichbarkeit gewährleistet durch:

.....

•Abgesprochene Urlaubszeiten mit Nachbarpraxen

ja Bitte um kurze Beschreibung:

.....

nein Bitte um kurze Begründung:

.....

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)

• **Bereitschaft zur Teilnahme an Forschungsnetzwerken/-projekten**

ja nein

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

• Psychosomatische Basisversorgung wird angeboten

ja nein

• Mutter/Kind-Pass Untersuchung wird angeboten

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, Rehydratation etc.)

ja nein

• Medikationsmanagement wird angeboten

ja nein Bitte um kurze Beschreibung:

• **Ärztliche Tätigkeit innerhalb der Gemeinde**

ja nein Bitte um kurze Beschreibung:

.....

Bei positiver Beurteilung bin ich / sind wir mit der Darstellung meiner / unserer Ordination als ÖGAM - Praxissiegel-Träger auf der von der GÖG gehosteten Seite <https://primärversorgung.gv.at> und auf der Webpage der ÖGAM einverstanden. Zu diesem Zwecke dürfen Name und Ordinationsadresse vom ÖGAM-Sekretariat an die "Koordination Primärversorgung" der GÖG weitergeleitet werden.

ja nein

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: