



- A Federführender Antragsteller**
- 1. Zentrumspartner**
- 2. Räumliche und zeitliche Voraussetzungen**
- 3. Gerätevoraussetzungen**
- 4. Diagnostik**
- 5. Personelle und strukturelle Voraussetzungen**
- 6. Sonstige Unterlagen - Checkliste**

- 7. Datenerfassung abschliessen**

Alle Fragen müssen beantwortet werden - die mit * markierten Felder müssen für eine Zertifizierung positiv erfüllt werden!

Impressum/Copyright



A Federführender Antragsteller

Antragsteller

(falls abweichend) Name des Leiters

Facharzt für

Antragsdatum

Name Praxis

Strasse

PLZ + Ort

Ansprechpartner

Mitgliedschaft Hauptantragsteller

DGK BNK

Telefon

FAX

E-Mail

Homepage Antragsteller



1. Zentrumspartner

Alle stationären Kooperationspartner aus den Bereichen CPU oder Notaufnahme, kardiologische Klinik sowie die assoziierten ambulanten Partner:

Bitte geben sie jeweils den Ansprechpartner und die Anschrift mit Telefonnummer an!

* 1. CPU

[Empty yellow box for contact information of CPU]

* Tel.: [Empty yellow box for phone number of CPU]

* 2. HKL

[Empty yellow box for contact information of HKL]

* Tel.: [Empty yellow box for phone number of HKL]

* 3. Kardiologische Klinik

[Empty yellow box for contact information of Kardiologische Klinik]

* Tel.: [Empty yellow box for phone number of Kardiologische Klinik]

* 4. Radiologie

[Empty yellow box for contact information of Radiologie]

* Tel.: [Empty yellow box for phone number of Radiologie]

* 5. Neurologie

[Empty yellow box for contact information of Neurologie]

* Tel.: [Empty yellow box for phone number of Neurologie]

* 6. Pneumologie

[Empty yellow box for contact information of Pneumologie]

* Tel.: [Empty yellow box for phone number of Pneumologie]



1. Zentrumspartner

* 7. Gastroenterologie

* Tel.:

* 8. Orthopädie

* Tel.:

Ggfs. weitere Kooperationspartner:

Zusatzfeld

Tel.:

Zusatzfeld

Tel.:

Zusatzfeld

Tel.:

Zusatzfeld

Tel.:



2. Räumliche und zeitliche Voraussetzungen

Räumlichkeit	Behandlungsraum, integriert in eine bereits bestehende Praxis-/Ambulanzstruktur mit Rhythmusüberwachungsmöglichkeit	*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Eigene Räumlichkeiten (Warteraum, Behandlungsraum, Besprechungsraum)		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erreichbarkeit	Verfügbar zu den regulären Öffnungszeiten der Praxis/Ambulanz	*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Ganztätig		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Öffnungszeiten sind erkennbar (z.B. Eingang, Homepage)	*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Vertretung	Vertretung der BSA im Urlaubs-/Krankheitsfall durch eine andere BSA, CPU oder die Notaufnahme eines kooperierenden Krankenhauses	*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Notdienst	CPU/kardiologische Klinik - Vernetzung	*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Eigener 7-Tage-/24-h-Bereitschaftsdienst		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

KURZE Bemerkungen:

3. Gerätevoraussetzungen

1. 12-Kanal-EKG	Ständige Verfügbarkeit	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2. Blutdruckmessung	Pro Behandlungsplatz vorhanden	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	NIBP	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3. TTE	Permanente Verfügbarkeit	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
4. TEE	Permanente Verfügbarkeit / oder in Kooperation	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5. CT/MRT/MSZG	Zugriffsmöglichkeit vor Ort oder im kooperierenden Institution, bzw. der klinischen CPU	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Eigenes Gerät	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
6. Rhythmusüberwachung	Monitor	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
7. Reanimationseinheit	Ständige Verfügbarkeit einer eigenen Notfallausrüstung inkl. Defibrillator	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
8. Pulsoxymeter	Ständige Verfügbarkeit	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	BGA-Messung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
9. ICD/SM-Abfrage	In Brustschmerzambulanz oder Zugriffsmöglichkeit in kooperierender Klinik/CPU	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Eigene Programmiergeräte	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
10. Externer Herzschrittmacher	Fakultativ	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
11. O₂-Gabe	Ständige Verfügbarkeit	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
12. Labor	POCT mit Troponin und D-Dimere, „Turn-around-time“ < 30 min	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Myoglobin, BNP, nt-proBNP, Copeptin	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Bemerkungen:



4. Diagnostik

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Labor | Schnelltestgerät mit Bestimmung von Troponin, D-Dimere innerhalb von < 30 min durchführbar | * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | CK, CK-MB, Myoglobin, BNP, nt-proBNP, Multimarker | | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2. Zeitpunkt kard. Labordiagnostik | Unmittelbar und nach frühestens 6 h (Ausnahmen s. Konsensuspapier, Abschnitt 3) | * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 3. EKG | 12-Kanal-EKG < 10 min und nach frühestens 6 h (Ausnahmen s. Konsensuspapier, Abschnitt 3)
Auswertung unmittelbar | * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Rechtskardial, dorsal, Nehb | | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 4. TTE | Bei jedem Patienten durchführbar | * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 5. Belastungstest | Fahrradergometrie innerhalb von 3 Tagen möglich | * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Stress-Echo oder Stress-MR oder Kardio-CT oder SPECT innerhalb von 5 Tagen möglich | | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

Bemerkungen:

MUSTER



5. Personelle und strukturelle Voraussetzungen

1. Leitung durch Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie zu den Ambulanzzeiten ständig verfügbar

* Ja Nein

2. Medizinische Fachangestellte

Präsenz zu den Ambulanzzeiten

* Ja Nein

3. Training

Notfalltraining (ALS), Fallkonferenzen

* Ja Nein

Training gemeinsam mit Rettungsdienst

Ja Nein

Bemerkungen:

MUSTER



6. Sonstige Unterlagen - Checkliste

Folgende Unterlagen und Zeugnisse bitte für das Audit bereithalten:

- Facharztzeugnis (Kopie)

- MFA-Zeugnis (Kopie)

- Bescheinigung Notfalltraining muss für die BSA-Verantwortlichen vorliegen

- Vertragliche Vertretungsregelung (Kopie)

- für Re-Zertifizierungen:
 - neues Notfalltraining muss in der Zwischenzeit stattgefunden haben