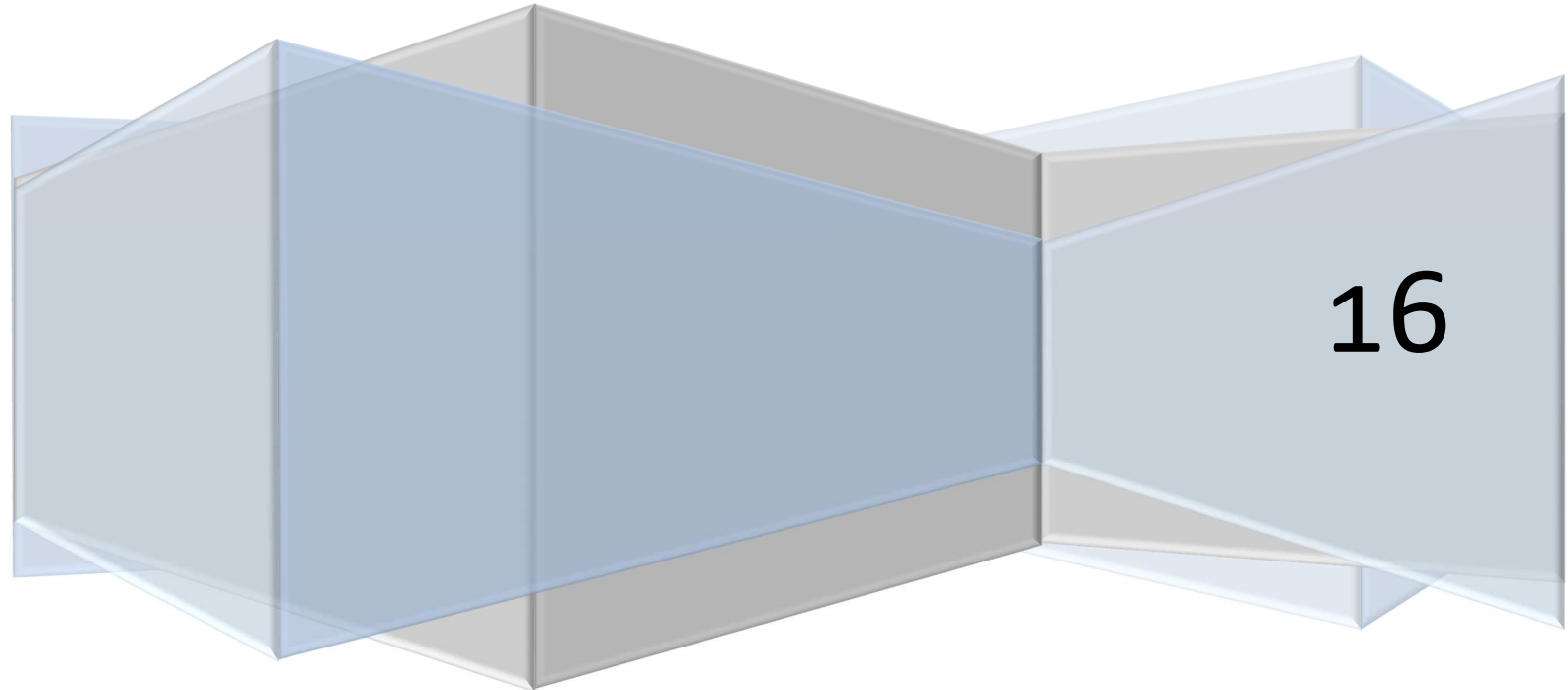


Medotrain

QM nach DIN 9001

Vorbereitung

Michael Kothe M.Sc. Ost. D.O.



16

Inhalt

Erklärung	2
Formulare	3
Bestandsverzeichnis § 8 mit MPBetreibV.....	3
Erfassungsbogen für Tätigkeiten mit Gefahrenstoffen	6
Gefahrstoffkataster, Erfassungsbogen	7
Gefahrstoffverzeichnis gemäß Gefahrstoffverordnung	7
Hygiene und Infektionsprävention (Unterrichtsnachweis)	8
Kühlschrank, Kontrolle	9
Medizinprodukte, Bestandsübersicht	10
Verbandbuch, Formular	11
Mustertext für eine Honorarvereinbarung	13
Mustertexte für einen Behandlungsvertrag.....	14
Aufklärungsbogen für die interne Behandlung	15
Meldepflichtige Krankheiten §§6, 8, 9 IfSG	16
Sonstige Listen sind zu führen:	17
Inhalt eines QM-Ordners.....	18
Organigramm.....	18
Praxisbeschreibung	19
Allgemeine Abläufe	21
Spezielle Abläufe	23
Lageplan	25
Checkliste	27
Anrufbeantworter	28
PC Reinigung.....	29
Datensicherung.....	30
Behandlungsdokumentation	31
Putzplan.....	33

Erklärung

Diese QM-Vorbereitung dient dem einfachen Vorbereiten auf die Auditierung.

Das Verwenden dieser Formulare und das Ausfüllen der Inhalte des QM-Ordners erhöht die Wahrscheinlichkeit, das DIN-Zertifikat einfach und schnell zu erlangen. Sie müssen lediglich

- die Formulare ausdrücken und ausfüllen
- die Inhalte des QM-Ordners individuell an den Vorgaben haltend in „word“ bearbeiten

Formulare

Bestandsverzeichnis § 8 mit MPBetreibV

Bestandsverzeichnis (§ 8 MBetreibV) Datenblatt für ein aktives, nicht implantierbares Medizinprodukt	Orga-Daten
Bezeichnung (§ 8 (2) 1.): _____	_____ Bestandsverzeichnis-Nr. _____
Gerätetyp/Modell (§ 8 (2) 1.): _____	_____ Sonst. betriebl. Identifikations-Nr. (z.B. Lfd. Nr. der Bestandsübersicht) _____
Anschaffungsdatum (§ 8 (2) 1.): _____	_____ _____
Seriennummer oder Loscode (§ 8 (2) 1.): _____	_____ _____
UMDNS-Nr. (DIMDI-Nomenklatur): _____	_____ _____
CE-Kennzeichnung mit Kennnummer der benannten Stelle (§ 8 (2) 3.): _____	

<p>Hersteller/Lieferant, Verantwortlicher für das MP (§ 8 (2) 2.)</p> <p>_____ Telefon</p> <p>_____ Telefax</p> <p>_____ E-Mail</p> <p>_____ Internet</p>	<p>Betriebliche Zuordnung/ Standort (§ 8 (2) 5.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Einstufung Gefahrenklasse (siehe Herstellerinformation/Gebrauchsanleitung)</p> <p>_____</p>	
<p>Messtechnische Kontrollen</p> <p><input type="checkbox"/>Nein <input type="checkbox"/> Ja, in folgenden Intervallen: _____</p> <p>Sicherheitstechnische Kontrollen</p> <p><input type="checkbox"/>Nein <input type="checkbox"/> Ja, in folgenden Intervallen: _____</p> <p>Medizinproduktebuch</p> <p><input type="checkbox"/>nicht erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/>erforderlich* _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>Instandhaltungs-/Wartungsvertrag</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p>Vom Hersteller autorisierte Firma (falls nicht mit Hersteller identisch)</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Praxisstempel</p>
<p>*Bei Produktebuch erforderlich (vom Hersteller anfordern), darin muss Einweisung dokumentiert werden. Nur wer durch Einweisung autorisiert wurde, kann Folgeeinweisungen durchführen.</p>	

Erfassungsbogen für Tätigkeiten mit Gefahrenstoffen

114 Erfassungsbogen

Baustein zur Gefährdungsbeurteilung für Gefahrstoffe (Stand 07/09)

Erfassungsbogen für Tätigkeiten mit Gefahrstoffen

-Erste Bestandsaufnahme-

Arbeitsplatz / -bereich: _____ Tätigkeit: _____

Erhebung durch: _____ Hibit: _____ Datum: _____

1. Produkt/ Stoff

Name: _____

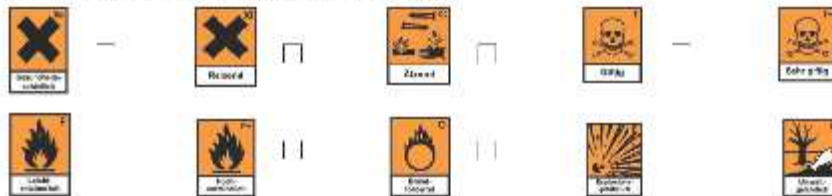
Lieferant bzw. Hersteller: _____

FD-Sicherheitsdatenblatt (SDS) vorhanden ja nein

Ancere Herstellerinformationen, wenn SDS nicht vorgeschrieben ja nein

Herstellungsdatum: _____

Gefahrenzeichnung nach Kennzeichnung (SDB Abschnitt 15):



R-Sätze nach Kennzeichnung (SDB Abschnitt 16):

Aggregatzustand: fest flüssig gasförmig

Gebindegröße: _____

Lagermenge: _____

2. Anwendung

2.1 Angewandtes Produkt

- unverdünnt
- verdünnt mit Wasser, Konzentration der Anwendungslösung _____
- gemischt mit _____ Anteil _____

Erfasst im Gefahrstoffverzeichnis

Nummer im Gefahrstoffverzeichnis: _____

Gefahrstoffe & Toxikologie
Borner Str. 337
50868 Köln

Gesetzliche Unfallversicherung
Körperrecht des
Öffentlichen Rechts

Telefon (0221) 377 2 - 500
Telefax (0221) 377 2 - 510
gefahrstoffe@bgw-chns.de



bgw

Berufsgenossenschaft
für Gewerbe und
Handwerk

Seite 1 von 3

Gefahrstoffkataster, Erfassungsbogen

Nr.	Produktname/ Stoffbezeichnung	Arbeitsbereich	Hersteller/ Lieferant	R-Sätze	Lagernde Menge	Verwendungszweck	Datenblatt	Schutzstufe

Datum:

Unterschrift Arbeitgeber:

Gefahrstoffverzeichnis gemäß Gefahrstoffverordnung

Nr.	Stoff-/ Gemischbezeichnung	Gefahrensymbol	Produktcharakteristik	Hersteller/Lieferant	durchschnittl. Lagermenge	Einsatzbereich	Arbeitsplatz	Menge (kg bzw. l)	Tätigkeit	Wirkdauer/-menge	Einstufung	R-Sätze	Siedepunkt und Freisetzungsguppe	Flammpunkt	UEG/OEG	WGK	Gefährdungen (Bex,INH,der, cmR1, cmR2)	Schutzstufe	Betriebsanweisungsnr.

Hygiene und Infektionsprävention (Unterrichtsnachweis)

Schulungsprotokoll

Unterrichtsnachweis Hygiene und Infektionsprävention – Einarbeiten in den Hygieneplan

Bezeichnung/Heilpraktikerpraxis
Unterweisende(r)
Ort, Datum, Unterschrift

Durch die jeweilige Unterschrift bestätigt der Unterzeichner unterrichtet worden zu sein über:

- Infektionsgefahren und Gefährdung am Arbeitsplatz
- Schutzkleidung und Händehygiene (Aushang Hygiene- und Händedesinfektionsplan)
- Umgang mit Desinfektionsmitteln und Gefahrstoffen
- Desinfektions- und Reinigungsaufgaben, in dieser Praxis: Sterilisation
- hygienisches Arbeiten am Patienten
- Entsorgung von Abfällen
- Verhalten bei Arbeitsunfällen und in Notfällen
- Aufbau, Sinn und Handhabung des Reinigungs-/Hygieneplans
- Das QM-System dieser Praxis, Führung des Praxishandbuchs

Anlagen:

•Hygieneplan Teil ___ bis Teil _

• Checklisten:

Die Unterweisung erfolgte gemäß Anlage. Der Mitarbeiter hat Zugang zum Praxishandbuch und hat die in der Anlage genannten Listen als Arbeitsunterlage erhalten. Die Unterweisungen werden jährlich aktualisiert und wiederholt.

Name des Mitarbeiters	Datum	Unterschrift

Kühlschrank, Kontrolle

Gerätetyp:				
Gerätenummer	Hersteller/Lieferant		Kaufdatum/Garantie bis	Zubehör
Tägliche Prüfungen	Temperatur mittels Mini/Max-Thermometer prüfen Zulässiger Temperaturbereich auf allen Ebenen: 2–8 Grad C			
Datum/Kürzel	Datum	Kürzel	Datum	Kürzel
	1		16	
	2		17	
	3		18	
	4		19	
	5		20	
	6		21	
	7		22	
	8		23	
	9		24	
	10		25	
	11		26	
	12		27	
	13		28	
	14		29	
	15		30	
			31	
Störungen und zu ergreifende Maßnahmen	Bei Mini/Max-Temp. Abweichung kühlkettenpflichtige AM vernichten und neu bestellen; Chef informieren, Ursache ermitteln (Stromausfall, Tür nicht richtig geschlossen?). Bei Defekt das Gerät sperren; kühlkettenpflichtige AM evtl. in Gefäß in privatem Kühlschrank notlagern und Reparatur veranlassen (Kundendienst).			
Aufbereitungsmaßnahmen	monatliches Auswischen mit anschließender Desinfektion			
Erstellt	am:	von:	Revision:	
Geprüft/Freigegeben	am:	von:	Dokument:	

Medizinprodukte, Bestandsübersicht

Lfd-Nr.	UMDNS-Nr. (DIMDI)	Serien-Nr. Gerät	Standort/betriebliche Zuordnung (Behandlungsraum)	Bezeichnung Produkte- / Geräteart	Gerätetyp/Modell	Hersteller/Lieferant	STK/MTK

Hinweis für das Ausfüllen der Bestandsübersicht:
 Beim Gerätetyp auch Art der Funktion des Gerätes angeben (sofern nicht selbsterklärend, z.B. V-500 Praxis = Gerätetyp, Ultraschalltherapiegerät = Geräteart), V-Sonic = Hersteller
 In der Spalte STK (Sicherheitstechnische Kontrolle) oder MTK (Mechanische Kontrolle) wird, sofern vorgeschrieben, in die Spalte „STK“ oder „MTK“ eingetragen, ebenso das Zeitintervall (z.B. jährlich).
 Für jedes aktive Medizinprodukt ist zusätzlich ein Bestandsverzeichnis (Datenblatt eines aktiven Medizinproduktes anzulegen).

Verbandbuch, Formular

Verbandbuch: Dokumentation einer Verletzung

Wer? _____

Name des Betroffenen

Tätigkeit/Aufgabe in der Praxis

Wie? (Unfallhergang) **Wer?** (Zeuge zugegen)

Weshalb? (Unfallursache, gibt es Mitverantwortliche)

Wo? (Behandlungsplatz, -raum, Hausbesuchsadresse, unterwegs)

Wann? (Datum, Uhrzeit)

Was wurde veranlasst? (Behandlungs-, Hilfsmaßnahmen)

Womit? (Desinfektionsmittel, Maßnahmen, Verband)

Von wem? (Helfer, Betriebs-, Durchgangsarzt – evtl. Adresse notieren)

Mustertext für eine Honorarvereinbarung

Honorarvereinbarung/Aufklärung für möglichen Selbstbehalt bei Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger (Beihilfe und/oder Privatkrankenkasse)

Meine Honorare werden gemäß Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH), herausgegeben von den Heilpraktikerverbänden 1985, Neuauflage: xx.xx.xxxx, in € berechnet. Leistungen, die im GebüH gelistet sind, werden von mir wie folgt berechnet: Gemäß Erstattungstabelle (Anlage zur Honorarvereinbarung)

Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass viele Privatkassen unterschiedliche Tarife haben und manchmal nur den GebüH-Mindestbetrag, manchmal auch bis zum Höchstbetrag erstatten. Auch Beihilfe und Postbeamtenkrankenkasse erstatten nicht alles.

Obschon die im GebüH gelisteten Beträge mehr als ein Vierteljahrhundert alt und somit nicht mehr zeitgemäß sind, berechne ich bei beihilfeberechtigten Patienten (Beamte) generell nur die Beträge, die vom Bundesinnenministerium erstattet werden. Sollte Ihre Zusatzversicherung oder Privatkrankenkasse abweichend erstatten (was Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen können), kann es sein, dass Sie einen (in der Regel zumutbaren) Betrag selbst zahlen müssen. Das Patientenrechtegesetz verpflichtet mich, Sie darüber aufzuklären, dass möglicherweise nicht der gesamte Rechnungsbetrag erstattet wird.

Leistungen mit fehlendem Betrag in der entsprechenden Spalte weisen darauf hin, dass diese nicht beihilfefähig sind. Nicht alle inzwischen möglichen und etablierten Verfahren, die ich anbiete, sind im GebüH und in der Erstattungstabelle aufgeführt. In diesen Fällen rechne ich analog ab, d.h., dass ich dann eine oder mehrere Leistung/en auf der Rechnung benenne, die der erbrachten Leistung am ähnlichsten sind. Die Erstattung analog abgerechneter Leistungen wird von den Kostenträgern unterschiedlich gehandhabt. Erstattungssicherheit besteht dabei nicht.

Folgende Leistungen sind im GebüH nicht gelistet oder werden von mir abweichend wie folgt berechnet: _____

Bitte prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag (ggf. durch persönliche Nachfrage bei der Versicherungsgesellschaft), ob die vorgesehene Behandlung

(vorgesehene/s Therapieverfahren)

anerkannt wird, und falls dies der Fall ist, in welcher Höhe erstattet wird.

Wenn Sie trotz dieser Auskunft noch Fragen haben oder nicht sicher wissen, ob es eine Zuzahlung (und wenn ja, in welcher Höhe) gibt, können Sie mir die mit Ihrem Kostenträger vereinbarte Leistungszusage vorlegen, um mit mir gemeinsam die mögliche Selbstbeteiligung zu berechnen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass ich Sie ausreichend über meine Honorarhöhe und eine mögliche Selbstbeteiligung Ihrerseits aufgeklärt habe.

Ort, Datum der Aufklärung _____

Unterschrift des Patienten _____

Mustertexte für einen Behandlungsvertrag

Behandlungsbedingungen (AGB)

Die nachfolgenden Regeln ermöglichen Ihnen und uns einen reibungslosen Ablauf.

Ich bestätige hiermit das ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung (evtl. interne Eingriffe), zu erwartende Folgen und Risiken der Osteopathie, wissenschaftlichen Naturheilkunde, Telatherapie sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt wurde (Analog § 630 a –h BGB).

1. Sie buchen einen Termin in unserer Terminpraxis, den Sie binnen 24 Stunden per Mail bestätigen, und wir nehmen uns für Sie ausreichend Zeit.
2. Damit diese Zeit sinnvoll für Ihre Behandlung genutzt werden kann oder für andere Patienten eine Chance auf eine schnelle Behandlung ermöglicht werden kann, gelten folgende Regelungen:
 - a. Ist der Patient 15 Minuten nach dem vereinbarten Termin nicht erschienen ohne uns auf unserer Festnetznummer über eine Verspätung zu informieren, handeln wir nach § 615 BGB und GVO.
 - b. Terminabsagen oder Terminverschiebung sind bis maximal 48 Werktagstunden vor dem vereinbarten Termin per Mail oder Telefon möglich. Bei Nichteinhaltung handeln wir gemäß § 615 BGB u. GVO. (Patienten, die zum ersten Termin nicht erscheinen, erhalten keinen weiteren Termin bei uns.)
 - c. Bei Online Terminierung (www.swellgon.com) sind Absagen u. Verschiebungen jederzeit möglich.
3. Die Abrechnung erfolgt immer nach Leistung (Anamnese, Tests, behandelte Strukturen sowie Berichterstellung) und nie nach aufgewendeter Zeit (die oft zwischen 30 und 60 Minuten liegt).
4. Abgerechnet wird die erbrachte Leistung nach GVO (Gebührenverzeichnis für Osteopathie), GVT (Gebührenverzeichnis für Telatherapie) für Selbstzahler und nach GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) für Patienten die privat krankenversichert sind. Sie können alle Verzeichnisse auf unserern o.a. Internetseiten einsehen.
5. Ob und in welcher Höhe diese Rechnung von Ihrer Versicherung bezahlt wird, hängt von Ihrem gewählten Tarif bei Ihrer Versicherung ab. (Gilt nicht für Telatherapie.)
6. Es ist immer der volle Rechnungsbetrag sofort in bar oder per EC-Karte fällig!
7. Osteopathische Behandlungen, die aufgrund einer ärztlichen/heilpraktischen Verordnung durchgeführt werden, gelten als Therapie und sind umsatzsteuerfrei (siehe Internetseite). Ohne diese Verordnung muss die z.Zt. gültige Umsatzsteuer zusätzlich berechnet werden!

Aufklärungsbogen für die interne Behandlung

Nach § 630e BGB wurde der Patient über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufgeklärt (Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie). Es wurde auf Alternativen hingewiesen, falls mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Art des Eingriffs:

Ich willige hiermit ein, den o.g. Eingriff durchführen zu lassen.

Ort/Datum:

Name des Patienten:

Unterschrift:

Name des Behandlers:

Unterschrift:

Meldepflichtige Krankheiten §§6, 8, 9 IfSG

Patient: Geschlecht: weibl. männl.

geb. am: _____
Telefon¹⁾: _____

Meldeformular BY - Vertraulich - Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

Verdacht
 Klinische Diagnose
 Tod:
Todesdatum:

Nur bei impfpräventablen Krankheiten:
Gegen diese Krankheit:
 gimpft zuletzt: nicht gimpft
Datum:
Wievielte Impfdosis?
Art der Impfung (z.B. MMR, DTaP):

¹⁾ Telefonnummer bitte eintragen

Für Nachdrucker bitte den Vordruck 12 a 1/E (Verordnung häuslicher Krankenpflege) der KBV, für Laserdrucker nur Adressfeld verwenden

<p><input type="checkbox"/> Aviare Influenza Prinzipiell meldepflichtig ist die aviäre Influenza jeglichen Subtyps. Gegenwärtig besteht eine Falldefinition nur für A/H5N1</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber > 38,0°C, oder Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Akuter Beginn <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Atemnot</p> <p>Aufenthalt innerhalb 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn</p> <p><input type="checkbox"/> Aufenthalt in einem Gebiet mit laborbestätigter hochpathogener aviärer Influenza (HPAI) A/H5N1 beim Tier (in Deutschland: 10km-Beobachtungsgebiet; s. www.fli.bund.de; im Ausland: s. www.who.int)</p> <p>Kontaktanamnese</p> <p><input type="checkbox"/> Direkter Kontakt mit erkranktem/verstorbenem Vogel/Geflügel oder anderem Tier mit möglicher HPAI oder dessen Ausscheidungen (gemäß Falldefinition FLI (www.fli.bund.de))</p> <p><input type="checkbox"/> Aufenthalt auf einem Grundstück, auf dem innerhalb der vorausgegangenen 6 Wochen infiziertes oder infektionsverdächtiges Geflügel gehalten wurde</p> <p><input type="checkbox"/> Verzehr von rohem oder nicht vollständig erhitzten Geflügelprodukten aus einem HPAI-Gebiet</p> <p><input type="checkbox"/> Direkter Kontakt mit menschlichem wahrscheinlichen Fall</p> <p><input type="checkbox"/> Direkter Kontakt mit menschlichem bestätigten Fall</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf Influenza A/H5 getestet wurden</p>	<p><input type="checkbox"/> Botulismus</p> <p><input type="checkbox"/> Cholera</p> <p><input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditären Formen)</p> <p><input type="checkbox"/> Diphtherie</p> <p><input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale; Typ²⁾:</p> <p><input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte <input type="checkbox"/> Fieber</p> <p><input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)</p> <p><input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische</p> <p><input type="checkbox"/> Masern</p> <p><input type="checkbox"/> Respiratorische Symptomatik <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Kopflische Flecken <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Exanthem</p> <p><input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis/-Sepsis</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen <input type="checkbox"/> Kreislaufversagen, rasch einsetzend</p> <p><input type="checkbox"/> Milzbrand</p>	<p><input type="checkbox"/> Paratyphus</p> <p><input type="checkbox"/> Poliomyelitis Als Verdacht gilt jede akute schiefe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt</p> <p><input type="checkbox"/> Pest</p> <p><input type="checkbox"/> Tollwut</p> <p><input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)</p> <p><input type="checkbox"/> Typhus abdominalis</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis</p> <p><input type="checkbox"/> Therapiesabbruch/-verweigerung</p> <p><input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis</p> <p><input type="checkbox"/> a) bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben</p> <p><input type="checkbox"/> b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang</p> <p>Erreger²⁾:</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung (Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldetagen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)</p> <p><input type="checkbox"/> Bedrohliche andere Krankheit</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit²⁾ Art der Erkrankung / Erreger²⁾:</p> <p>.....</p> <p>²⁾ falls bekannt</p>
---	---	---

Epidemiologische Situation

Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig

Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)

Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung tätig z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)

Patient/in wird betreut in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)

Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit:

Name/Ort der Einrichtung:

Patient/in war im Ausland von: bis: Land/Länder:

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird): Erregername, Ausbruchort, vermutete Exposition, etc.:

Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt³⁾

Name des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:	Erkrankungsdatum ⁴⁾ : Diagnosedatum ⁴⁾ : Datum der Meldung:
Meldende Person (Arzt/in, Arzt, Praxis, Krankenhaus):	

³⁾ Die Laborausschusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).
⁴⁾ wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.

Version 2007-07-16

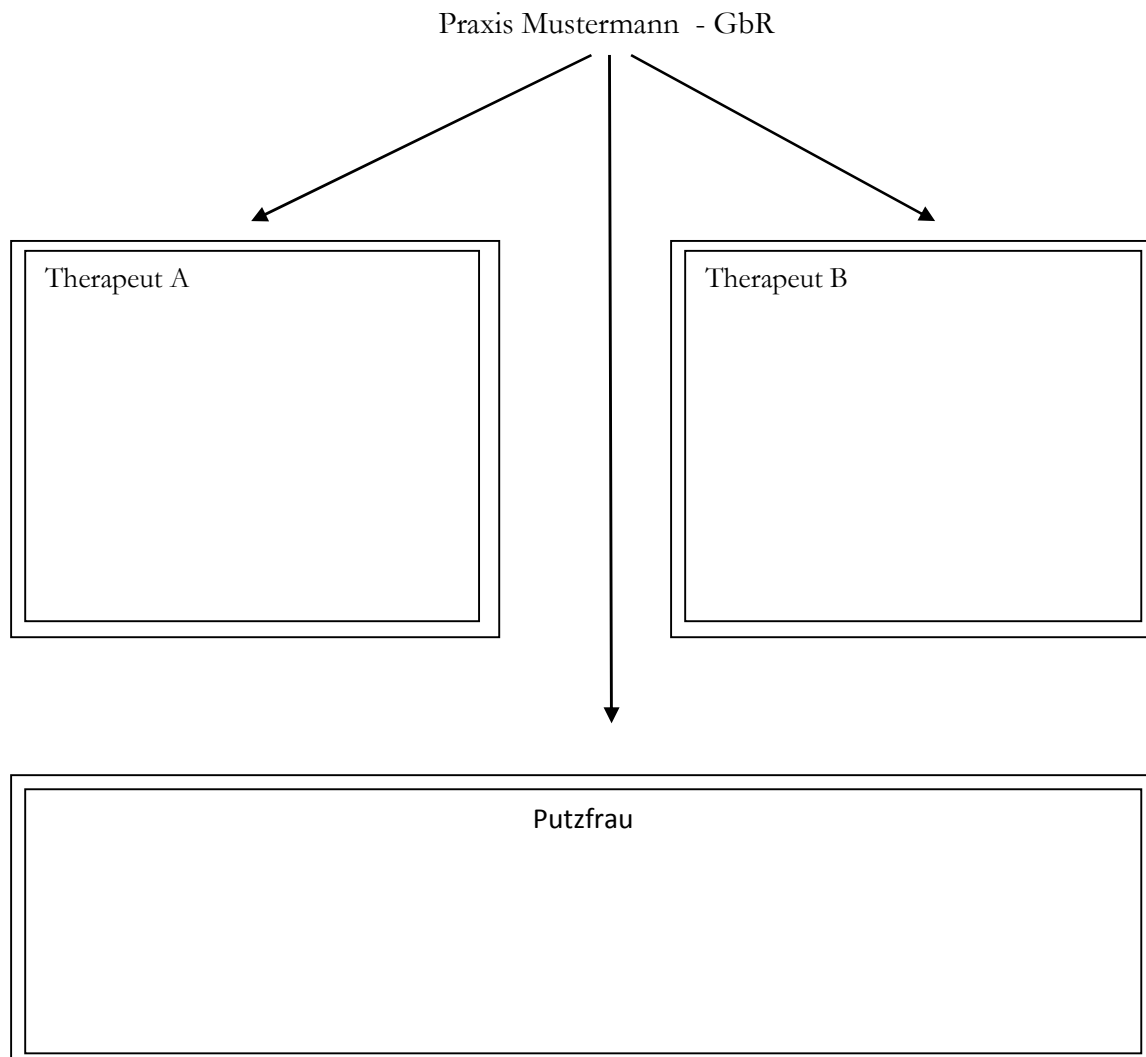
Sonstige Listen sind zu führen:

- Mitarbeiterliste mit Kontaktdaten und Qualifikationen
- Schlüsselliste mit Übergabequittierung
- Arbeitszeiten
- Zuständigkeiten

Inhalt eines QM-Ordners

Die folgenden Bögen sind rein exemplarisch und dienen Ihnen als Hilfe!

Organigramm



Praxisbeschreibung

Für uns ist Osteopathie eine Passion, die unsere Lebensphilosophie darstellt.

Mit viel Freude an der Bewegung und gutem Essen gestalten wir unser Leben.

Bewegung und Ernährung stellen zudem zwei wichtige und ergänzende Faktoren zur Osteopathie dar. Körper, Geist und Seele sind für uns eine untrennbare Einheit. Wir definieren Osteopathie als eine Medizin zur Diagnose und Therapie, bei der die körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen zur Selbstheilung/Selbstregulierung angeregt werden. Das Ziel ist die Wiederherstellung der Verantwortung für die eigene Gesundheit. (DGOW, 2011)

Die Behandlung richtet sich danach, was der Mensch benötigt. Dabei spielt es keine Rolle, ob dieser Mensch ein Säugling oder ein Greis ist, ob es sich um einen Sportler oder Büro-Menschen handelt, ob er behindert oder übergewichtig ist. Herkunft und Rasse sowie Glaubensauffassungen spielen ebenso wenig eine Rolle, noch ob Sie an die Osteopathie glauben. Wir geben Ihnen was Sie benötigen, um wieder gesund zu werden. Dabei verschwenden wir keine Zeit auf der Definition Ihrer Krankheit. Demzufolge, können Sie mit allen erdenklichen Symptomen zu uns kommen. Aufgrund unserer Ausbildung sind wir in der Lage zu erkennen, wann Sie von einer anderen Fachrichtung behandelt werden müssen. Wir arbeiten mit zahlreichen Ärzten verschiedener Fachrichtungen sowie Heilpraktikern und anderen Fachtherapeuten

zusammen. Hierbei pflegen wir einen sachlich, informativen Austausch zum Wohle des Patienten.

Allgemeine Abläufe

Morgens:	Wer zuerst kommt: Briefkasten leeren Tür aufschließen (Außentür ist über Zeitschaltung von 07 bis 20 Uhr geschaltet) Licht im Wartebereich einschalten
Abends:	Alle Lichter und Fenster kontrollieren und ausschalten bzw. schließen. WC-Brille u. Windeleimer reinigen.
Post:	Diese wird im Büro in die entsprechenden Ablagefächer verteilt.
Mitteilungen:	In den Pausen wird der Anrufbeantworter abgehört (wer zuerst Zeit hat, kümmert sich darum). Nachrichten an die Kollegen per Mail oder Zettel im Ablagefach!
Besprechungen:	Monatlich (von mal zu mal festlegen)
Vorräte:	Kontrolle bei der Besprechung (gemeinsam)

Kleidung: Beim betreten und verlassen der Praxis im Büro oder WC zu wechseln (Hose, Shirt, Schuhe – Lagerung im Abstellraum)

Beschwerdemanagement: Über den „Mecker“-Briefkasten im Eingangsbereich kann jeder positives, wie negatives loswerden. In den monatlichen Besprechungen werden diese Zettel besprochen und von dem betreffenden behandelt. (Der Schlüssel befindet sich im Abstellraum rechts über der Tür)

Spezielle Abläufe

Zugang:	Telefon, Mail oder Swellgon
Informationen:	Mails, die bei der allgemeinen Mailadresse ankommen, werden bei der Beantwortung von der persönlichen Mailadresse immer in Kopie für die anderen Kollegen gesetzt und mit verschickt, damit diese nicht auch antworten.
Entscheidung welcher Behandler:	Wunsch oder nächstmöglicher freier Termin
Vorbereitung:	AGB im Wartebereich ausfüllen und diesen beim Therapeuten abgeben (Ersttermin). AGB werden abgeheftet (Ordner: Verträge). Verordnungen einscannen und speichern (bzw. abheften). Liegenauflage wechseln Raum lüften Hände waschen Ggf. desinfizieren Ggf. Spielsachen oder Laufstall besorgen
Nachbereitung:	Dokumentation und Bericht schreiben (versenden) während der Patienten sich über das Tablet bei swellgon einen Termin vergibt. Raum aufräumen
Mailverschlüsselung:	Die Mails zum Versenden von Nachrichten an andere Kollegen im Gesundheitswesen müssen verschlüsselt werden (SSL) und die Texte als PDF über z.B. den PDF Creator mit einem Passwort versehen werden:

Behandler benutzen ihren Vornamen als
Passwort und die Empfänger die
Anfangsbuchstaben des Vor- und Zunamen
des Patienten sowie das Geburtsdatum ohne
Punkte.

Lageplan

Vorrats- und Lagerraum:	Erste-Hilfe-Koffer, Tape-Koffer, Putzmittel, Dekoration, Straßenschuhe/Praxisschuhe, Werbematerialien, Werkzeug, mobile Behandlungsbänke, Klappstühle, Router, Ersatzschlüssel, Mehrfachsteckdosen, Malermaterialien sowie Kleinigkeiten in Vorratsboxen Vorräte an Papierhandtücher, Klopapier, Taschentücher, Medikamente, Batterien, Druckerpapier
Büro:	Kopierer und Faxgerät als Multifunktionsgerät, Telefone, Kabeltrommel, Beamer, Aktenschränke für die individuelle Aufbewahrung von Buchhaltungen, Kleiderhaken und Bügel für Jacken, Bibliothek Im Schreibtisch: Firmen-Mobiltelefone, Büromaterialien, Präsentationshilfen und Computerersatzmaterialien.
Küche:	Geschirr, Besteck, Töpfe, Nahrungsmittel, Küchenutensilien
Behandler-WC:	frische und gebrauchte Liegenbezüge, Waschmaschine, Trockner, Arbeitskleidung, persönliche Hygieneutensilien, Dusche, Handtücher
Behandlungsräume:	Liege, Schreibtisch, Liegenbezüge für den aktuellen Behandlungstag, aktuelle Behandlungsutensilien, Büromaterial, Büroausstattung.
Wartebereich:	Behandlungsverträge (in den Kladden an den Wänden, dazwischen liegt je eine Blaupause),

Spielzeug, Malmaterial, Wartezimmerlektüren,
Informationsflyer, Stillecke mit Stillkissen.

Checkliste

<u>Datum</u>	<u>Wer</u>	<u>Was</u>
Februar	Therapeut A	Jahresbescheinigung SV Net für Angestellte

Anrufbeantworter

Standard:

Herzlich Willkommen in der Praxis für von

Da wir Ihren Anruf zur Zeit nicht persönlich entgegen nehmen können, bitten wir Sie nach dem Signalton langsam und deutlich Ihren Namen, Ihre Rückrufnummer unter der Sie erreichbar sind oder einen Anrufbeantworter geschaltet haben, den Grund Ihres Anrufes sowie den Namen Ihres Therapeuten, auf`s Band zu sprechen.

Wir werden Sie schnellst möglich zurück rufen.

Alternativ können Sie uns auch eine Mail senden unter:

Danke schön und auf Wiederhören.

Urlaub:

Herzlich Willkommen in der Praxis für von

Unsere Praxis ist vom.... Bis zum.... Geschlossen.

Ab dem Sind wir wieder für Sie da!

In dringenden Fällen, senden Sie uns eine Mail unter:

Danke schön und auf Wiederhören.

PC Reinigung

Avira als Antivirenprogramm

Am Ende des Tages:

CCleaner

1 mal wöchentlich:

Spybot Search & Destroy

1 mal wöchentlich:

Wise Registry

1 mal monatlich:

EU Avira

1 mal monatlich:

Defraggler

Datensicherung

Jede veränderte Datei wird sofort nach dem schließen auf einem externen USB-Stick kopiert.

Dieser wird wöchentlich kopiert und zu Hause gelagert.

Abends werden die Datenbank-Ordner auf den externen USB-Stick kopiert.

Einmal pro Monat wird ein komplettes inkrementelles Festplatten back-up über Acronis auf eine externe Festplatte gemacht. Diese Festplatte wird monatlich mit einer zweiten externen Festplatte beim back-up gewechselt. Eine externe Festplatte wird in der Praxis sein, die andere wird zu Hause gelagert.

Behandlungsdokumentation

1. Die erste Zahl hinter der ICD-10 und ODV-Diagnose beschreibt die Behandlung in der Serie (alt. auch Verordnung).
2. Die zweite Zahl beschreibt die Anzahl der Serie (alt. auch Verordnung).
3. Die dritte Zahl steht in Klammern und gibt die Anzahl der Behandlungen ohne Verordnungen (Präventivbehandlungen) an.

Beispiel: ICD: Schulterarmsyndrom, Kopfschmerzen; ODV: ALK 1, F2, N3; 1,1 (4)

4. Allg. Anamnese:

Beispiel: Beruf, Hobby, Familiensituation, Familienanamnese, Lebensumstände, chronologische Auflistung von Operationen und Unfällen sowie psychischen Traumata, usw.

5. Beschwerdeanamnese in chronologischer Auflistung mit Zeitangabe und aktueller VAS sowie Belastungsschmerz und Entlastungsschmerz:

Beispiel: 04/10 Schulterschmerzen rechts (4), Elevation mit R (8), IR u. ADD (1)

06/11 rechtsseitige posteriore Kopfschmerzen (6), während Computerarbeit nach ca. 2 Stunden (8), nach Bettruhe (0)

6. Inspektion mit Wertung (Verstärkung als +, Minderung in -, mit Anzahl der Zeichen als Schulnoten):

Beispiel: BWS-Kyphose (++++), HWS-Lordose (----)

7. Befund mit Wertung (Gradzahlen, Spannung als +, Minderung in -, mit Anzahl der Zeichen als Schulnoten):

Beispiel: Glenohumerale ABD 70°, rechter M. Trapezius pars desc. Am TP des Ang. Sup. (+++++), rechte SOM (++) , rechter N. auriculotemporalis (+)

8. Behandlung (Zusammenhänge in Satzform erklärt) mit Ausblick:

Beispiel: Aufgrund der sitzenden Tätigkeit muss die BWS-Kyphose in Extension mobilisiert werden und die HWS Antagonistisch mobilisiert werden. Es fanden sich bds Extensionsblockierungen am CTÜ. Die Adaptierung des M. Trapezius rechts erfolgt mittel FDM. Parallel muss der komplette N. trigeminus rechts mobilisiert werden, da er adaptiv über die Ncl. Cervicalis reagiert.

Sofern der Patient sich einen dynamisch Arbeitsplatz zulegt und die empfohlenen Dehnpausen einhält ist mit einer Verbesserung in ca. 6 Monaten zurechnen. Aufgrund des Berufes wird eine halbjährige Kontrolle empfohlen.

9. Nach 6 Behandlungen wird das als Bericht zusammen kopiert und per Brief oder Mail an den Arzt/Therapeuten gesendet.

10. Folgebehandlungen werden mit der Beschwerdeanamnese gestartet und dann gefolgt von der Behandlungsdokumentation und Ausblick (es sollten immer auch mal in Klammern private Marker gesetzt werden). (Das Behandlungsdatum setzt die Behandlungssoftware automatisch.)

Beispiel: Schulterschmerzen rechts (2), Elevation mit R (6), IR u. ADD (1)

rechtsseitige posteriore Kopfschmerzen (2), während Computerarbeit nach ca. 2 Stunden (4), nach Bettruhe (0)

(Im nächsten Monat fliegt er in den Urlaub)

Es fanden sich bds Extensionsblockierungen am CTÜ. Die Adaptierung des M. Trapezius rechts erfolgt mittel FDM. Parallel muss der komplette N. trigeminus rechts mobilisiert werden, da er adaptiv über die Ncl. Cervicalis reagiert.

Der Patient hat Schwierigkeiten den Arbeitsplatz aus Kostengründen umzustellen.

Putzplan

- als erstes mit dem Staubwedel Staub im Wartebereich und Flur beseitigen (Lichtschalter Garderobe, gesamter Wartebereich).
- Dann in den Räumen (Büro, Behandlungsräume, Küche und im Bad → Lichtschalter, Mülleimer, Papierhalter, Waschmaschine, Trockner, Wickeltisch so viel wie möglich mit Staubwedel reinigen
Die technischen Geräte werden zuerst vom Strom und USB befreit, dann auf den Schreibtisch gestellt. Das Gerät wird dann am nächsten Arbeitstag vom Behandler wieder angeschlossen und zurück gestellt.
- dann in den Behandlungsräumen von 4 nach 1 die Waschbecken mit Schwamm und Badreiniger säubern
- anschließend die Küche mit Generalreiniger säubern. (Schrankschranktüren, Küchengeräte auf der Fensterbank, Kühlschrank, Spüle)
- dann das Bad und Gäste-WC ; alles mit Badreiniger säubern dabei darauf achten, dass die Toiletten zuletzt gereinigt werden, also erst das Bad -ohne Toilette- dann das Gäste Wc-ohne Toilette- und zum Schluss die beiden Toiletten