|  |  |
| --- | --- |
| Anfragender Palliativdienst: | z. B. Palliativdienst Klinikum Musterhaft Beispielhausen |
| Klinikum/Unternehmen: | z. B. Klinikum Musterhaft |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort): | z. B. Karlstraße 4 in 12345 Musterhausen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Leitung des Palliativdienstes | QMB |
| Titel, Name, Vorname |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |
| Fax |  |  |
| E-Mail |  |  |
| Ansprechpartner für ClarCert: | Bitte ankreuzen | Bitte ankreuzen |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kennzahlen des Palliativdienstes | Mitarbeiteranzahl | Anzahl  Neuaufnahmen | Anzahl Meldungen  Hospiz- und Palliativregister |
| aktuelles Kalenderjahr  (Prognose) |  |  |  |
| letztes Kalenderjahr |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ärzte des Palliativdienstes  **(letztes Kalenderjahr)** | Qualifikation | Stellenumfang in VK | Zusatzbezeichnung  Palliativmedizin  (Weiterbildung der Landesärztekammer) | |
| Facharzt, Name |  |  | ≥160 Std. |  |
| Facharzt, Name |  |  | ≥160 Std. |  |
| Facharzt, Name |  |  | ≥160 Std. |  |
| Facharzt, Name |  |  | ≥160 Std. |  |
| Facharzt, Name |  |  | ≥160 Std. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pflegekräfte des Palliativdienstes  **(letztes Kalenderjahr)** | Qualifikation | Stellenumfang in VK | Palliative Care-  Qualifikation  (Weiterbildung nach Curriculum der DGP) | |
| pfleg. Ltg: Name |  |  | ≥160 Std. |  |
| stellv. Ltg: Name |  |  | ≥160 Std. |  |
| Pflegekraft, Name |  |  | ≥160 Std. |  |
| Pflegekraft, Name |  |  | ≥160 Std. |  |
| Pflegekraft, Name |  |  | ≥160 Std. |  |

Bei Bedarf sind die Tabellen zu erweitern.

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung des Palliativdienstes: (bitte auf Monatsebene konkretisieren) |  |

Wurde die Einführung durch externe Stellen (Berater) begleitet?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

Wenn ja, ist die externe Stelle (Berater) zur Kommunikation mit der ClarCert berechtigt und ist die ClarCert hinsichtlich der Vertraulichkeit mit der externen Stelle entbunden?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner, Tel.-Nr.: |  |

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (anfragender Palliativdienst) |