

ScanMedic - Registrierungsfragebogen

ScanMedic versichert das Komplikationskostenrisiko von Selbstzahlern Adipositas- und Metabolisch-chirurgischer Operationen nur in solchen Krankenhäusern, die den Anforderungen hinsichtlich Fallzahlen und Ausstattungsmerkmalen entsprechen. Des Weiteren werden Anforderungen an den operierenden Arzt gestellt.

Nachfolgend werden Basisinformationen hinsichtlich Zertifizierung und Fallzahlen von allen Krankenhäusern erhoben, die sich als Leistungspartner bei ScanMedic registrieren lassen möchten. Sollte das Krankenhaus noch nicht als Referenz- oder Kompetenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie zertifiziert worden sein, ist ergänzend der Abschnitt III „Strukturfragebogen Krankenhaus“ auszufüllen. Alle gemachten Angaben sind vom leitenden Arzt und dem Geschäftsführer bzw. Verwaltungsleiter des Krankenhauses zu bestätigen.

I. Krankenhaus

Name:	_____	_____
Anschrift:	_____	_____
Telefon:	_____	_____
Telefax:	_____	_____
E-Mail-Adresse:	_____	_____
Homepage:	_____	_____
Leitender Arzt:	_____	_____
Geschäftsführer / Verwaltungsleiter:	_____	_____

II. Basisinformationen

Zertifizierung

Ist das bei ScanMedic zu registrierende Krankenhaus bereits als Referenz- oder Kompetenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie zertifiziert?

Referenzzentrum Kompetenzzentrum Nein (*)

Die Zertifizierung ist gültig bis: _____

(*) bitte weiter mit „personelle Voraussetzungen“ und III. Strukturfragebogen Krankenhaus

Personelle Voraussetzungen

Laparoskopisch erfahrener und ausgebildeter Adipositas-Chirurg, der die Adipositas-chirurgischen Eingriffe durchführt bzw. unter dessen Aufsicht der Eingriff durchgeführt wird (persönliche Anwesenheit erforderlich). Sollten mehrere Ärzte über die erforderliche Mindest Erfahrung (OP-Anzahl > 50) verfügen, reichen Sie uns bitte eine fortgesetzte Aufstellung auf einem neuen Fragebogen mit ein.

Viszeral- / Adipositas-Chirurg 1:

Name: _____
 Eigene E-Mail-Adresse (sofern vorhanden): _____
 Anzahl der durchgeführten Adipositas-chirurgischen Operationen: _____

Viszeral- / Adipositas-Chirurg 2:

Name: _____
 Eigene E-Mail-Adresse (sofern vorhanden): _____
 Anzahl der durchgeführten Adipositas-chirurgischen Operationen: _____

Viszeral- / Adipositas-Chirurg 3:

Name: _____
 Eigene E-Mail-Adresse (sofern vorhanden): _____
 Anzahl der durchgeführten Adipositas-chirurgischen Operationen: _____

Operationszahlen Krankenhaus

Adipositas-chirurgische Operationen: 2015: _____ 2016: _____

III. Strukturfragebogen Krankenhaus

Bitte nur beantworten, wenn das Krankenhaus nicht als Referenz- oder Kompetenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie zertifiziert ist!

Kooperierende Fachabteilungen

Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Labor (24 Stunden)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Radiologie (24 Stunden)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Interventionelle Endoskopie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Intensivmedizin (Intensivstation)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bauliche und materielle Ausstattung

Vollständige laparoskopische Einheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
OP-Tisch (Tragfähigkeit bis 225 kg)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spezialbetten (Tragfähigkeit bis 225 kg)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spezialstühle (Tragfähigkeit bis 225 kg)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Untersuchungsliegen (Tragfähigkeit bis 225 kg)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spezialwaage (Tragfähigkeit bis 250 kg)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Instrumente für offene Operationen (Retraktoren etc.) >150 kg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rollstuhl (Tragfähigkeit bis 225 kg)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Prozessmanagement

Prozessbeschreibungen sind schriftlich niedergelegt für:

Indikation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Präoperative Diagnostik und Vorbereitung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Perioperative Anästhesie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Operativer Ablauf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Postoperativer Ablauf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Komplikationsmanagement	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nachsorgekonzept	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Mit nachfolgender Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Mit der Registrierung als Leistungspartner von ScanMedic verpflichten wir uns die ScanMedic GmbH unverzüglich schriftlich zu informieren, wenn

- sich Daten gemäß I. dieses Fragebogens ändern;
- eine ggf. vorhandene Zertifizierung gemäß II. dieses Fragebogens nicht verlängert wird bzw. entfällt;
- unter II. benannte Chirurgen nicht mehr in unserem Krankenhaus tätig sind;
- die von uns unter III. getätigten Aussagen nicht mehr zutreffen.

Uns ist bekannt, dass ScanMedic berechtigt ist, uns als Leistungspartner zu streichen, wenn wir unserer Informationspflicht nicht nachkommen. Uns ist weiterhin bekannt, dass ein Rechtsanspruch auf Registrierung nicht besteht bzw. im Falle einer Registrierung ScanMedic uns gegenüber keinerlei Verpflichtungen eingeht.

Als Leistungspartner von ScanMedic verpflichten wir uns, im Schadenfall unentgeltlich eine Berechnung vorzulegen, die die Differenz zwischen dem Behandlungsfall als Normalliegender der entsprechenden Adipositas-chirurgischen Operation und der konkreten Abrechnung des Behandlungsfalles nach der für den Behandlungsfall gültigen Fallpauschalenvereinbarung detailliert darstellt.*

* Beachten Sie bitte, dass Wahlleistungen nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes und insoweit bei der Berechnung nicht zu berücksichtigen sind.

Soweit zutreffend bitte ankreuzen:

- Bitte stellen Sie einen Link von der Homepage www.scanmedic.de auf unsere unter I. genannte Homepage her. Mit der Zahlung einer einmaligen Kostenpauschale in Höhe von EUR 300,- zzgl. Mehrwertsteuer gegen Rechnungsvorlage erklären wir uns einverstanden.
- Wir sind daran interessiert, auf www.scanmedic.de für unser Haus zu werben. Bitte senden Sie uns entsprechende Unterlagen zu.

Datum / Ort

Leitender Arzt

Geschäftsführer / Verwaltungsleiter

Hinweis:

Vertragspartner des Versicherungsvertrages ist der jeweilige Versicherungsnehmer bzw. die jeweilige Versicherungsnehmerin.

Auch wenn Sie nach den Versicherungsbedingungen hierzu nicht verpflichtet sind, so wären wir Ihnen gleichwohl dankbar, wenn Sie uns über drohende bzw. eingetretene Versicherungsfälle formlos informieren.

Sie helfen uns damit den Schadensfall zügig zu bearbeiten.

Vielen Dank!