Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

Beitrittserklärung
Nachweis der Strukturkriterien
Disease Management Programm - Diabetes mellitus Typ 2

Titel, Vor- und Zuname

Ordinationsadresse:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort | Politischer Bezirk

Vertragspartnernummer

☐ 01 - Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
☐ 07 - Facharzt/-ärztin für Innere Medizin

Kontodaten zur gesonderten Verrechnung der DMP-Leistungen:

BIC/SWIFT | IBAN

Für eventuelle Rückfragen bin ich wie folgt erreichbar:

Telefon | Fax

E-Mail

☐ Ich habe die Basisschulung DMP Diabetes mellitus Typ II (als Präsenzschulung) am _____ absolviert und beabsichtige die Direktverrechnung von Leistungen im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ II laut Projektvereinbarung.

☐ Ich werde im Sinne der Erfüllung der Strukturkriterien (personelle Voraussetzungen) jeweils zwei Stunden diabetesspezifische Fortbildung pro Jahr in den auf die Grundschulung folgenden drei Jahren absolvieren.

☐ Alle MitarbeiterInnen, bei denen es medizinisch/fachlich geboten ist, verfügen über eine entsprechende spezifische Ausbildung und sind, wenn sie die Geräte bedienen, auf deren Anwendung geschult. Die MitarbeiterInnen haben klar definierte Aufgaben und Verantwortungsbereiche. Die fachliche Weiterbildung der MitarbeiterInnen wird von der Ärztin bzw. dem Arzt gefördert.

☐ Die Grundausstattung zur allgemein-medizinischen bzw. fachspezifisch-medizinischen Versorgung ist entsprechend dem angebotenen Leistungsspektrum vorhanden:

- Blutzuckermessung – Trockenchemie
- Möglichkeit zur venösen Blutabnahme
- Blutdruckmessung
- Reflexhammer, Monofilament, Stimmgabel
- Oberarmmanschette für adipöse Patienten
- Personenwaage (bis 180 kg), Messlatte, Maßband
- Harnstreifen Mikroalbumintest

☐ Folgende Arzneimittel sind jedenfalls vorrätig:

- Kochsalzlösung
- Glukoselösung 10%
- schnellwirksames Insulin

☐ Medizinisches Verbrauchsmaterial ist in ausreichender Menge vorhanden.

☐ Für medizinisch-technische Apparate liegen Gerätehandbücher auf. Allfällige gesetzliche Vorgaben werden eingehalten und vorgeschriebene Überprüfungen finden vorschriftsmäßig statt. Geräte für physikalische Messgrößen sind nach Möglichkeit geeicht.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und dass ich alle Strukturkriterien erfülle.

_____
Datum, Stampiglie, Unterschrift