

Antragsnummer:
(falls bereits bekannt)

Antrags- und Erhebungsbogen als Hypertonie Zentrum DHL®

Bitte Antrag unterschreiben und uns postalisch zusenden. Mailen Sie uns arbeitserleichternd diese Datei.

Die Zertifizierung erfolgt für die nachstehend genannte Einrichtung. Für die Antragsstellung benennt die Einrichtung die nachstehend genannte Person als Antrags-Koordinator. Der Koordinator sollte in der antragstellenden Einrichtung praktizieren, dort als Qualitätsmanagementbeauftragter arbeiten oder dem ärztlichen Koordinator im Sekretariat assistieren.

Hiermit stellen wir einen Antrag auf

Erstzertifizierung als "Hypertonie-Zentrum DHL®"

Rezertifizierung als "Hypertonie-Zentrum DHL®"

(Bitte Antragsbogen ausfüllen, auch bei unveränderter Antragslage. Lagepläne bitte nur einmal einreichen.)

Mit Datum vom haben wir die ZHZ Zulassung beantragt und am
die Zertifizierung für den Zeitraum von bis erhalten.

Antrags-Koordinator (Name ggf. Korrespondenzanschrift für das Antragsverfahren):

Funktion des Antrags-Koordinator:

Facharzt

QMB

Tel.:

Mail

Sekretariat/ Vwltg

übrige

Einrichtung: Name

PLZ

Ort

Strasse

Name/ Anschrift des Vertragspartners (Einrichtungsträger / Rechnungsanschrift):

Ggf. abweichende Rechnungsanschrift zur Korrespondenzanschrift:

Das Recht zum Führen der Bezeichnung "Zertifiziertes Hypertonie-Zentrum DHL®" wird bei erfolgreicher Durchführung des Zertifizierungsverfahrens nach näherer Maßgabe einer gesondert abzuschließenden Vereinbarung über Zertifizierungsleistungen verliehen. Voraussetzung ist das Ausfüllen dieses Antrags- und Erhebungsbogens. Betroffene erhalten im "Zertifizierten Hypertonie-Zentrum DHL®" umfassende Hilfe aus einer Hand. Es müssen alle diagnostischen und therapeutischen Angebote vorgehalten werden, um auch Patienten mit schwer einstellbarer Hypertonie optimal behandeln zu können, entweder durch das Zentrum selbst oder durch Kooperationspartner in naher Umgebung. Für Betroffene ist es dabei gut erkennbar, welche Kooperationspartner zum "Zertifizierten Hypertonie-Zentrum DHL®" gehören.

I. Fachlich-personelle Anforderungen

In der Einrichtung müssen mindestens zwei Hypertensiologen/-innen DHL® praktizieren bzw. beschäftigt sein. Ein/ eine Assistent/-in für Hypertonie und Prävention DHL® ist wünschenswert.

I.1. Hypertensiologen DHL® (Name und Dienststelle):

1.)

2.)

3.)

4.)

Sollten während des Zertifizierungszeitraums die benannten Hypertensiologen/-innen DHL® die Einrichtung verlassen, ist der Deutschen Hochdruckliga umgehend ein Ersatz zu benennen. Der Beschäftigungsumfang sollte für jeden Hypertensiologen/-in DHL® eine halbe Vollzeitstelle nicht unterschreiten.

I.2. Assistenten für Hypertonie und Prävention DHL® soweit vorhanden (Name und Dienststelle):

1.)	2.)
3.)	4.)

II. Für die Diagnose und Therapie erforderliche Fachdisziplinen

Es muss eine Kooperation mit den folgenden Fachdisziplinen gewährleistet sein. Wobei diese Fachdisziplinen nicht im gleichen Krankenhaus bzw. Praxisgebäude lokalisiert, aber für die Untersuchung und Behandlung von Patienten der Einrichtung verfügbar und erreichbar sein müssen. Davon ist auszugehen, wenn der Kooperationspartner nicht weiter als 50 Autokilometer entfernt praktiziert bzw. er in einer halben Autostunde erreichbar ist, ausgenommen die Labormedizin. Die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern muss auf geeignete Weise nachgewiesen werden. Ein Kooperationspartner sollte diagnostisch nur mit einem zertifizierten Hypertoniezentrum kooperieren. Ausgenommen davon ist die Endokrinologie, Pädiatrie und die Labormedizin. Unterstützt ein Kooperationspartner, z.B. aufgrund seiner diagnostisch/ therapeutischen Stellung, mehrere Zentren, so ist das für den Patienten kenntlich zu machen.

II.1. Ansprech-/ Kooperationspartner für die Endokrinologie **

zuständiger Facharzt:

Gebäudeanschrift:

Einrichtungs-/ Praxisname
ggf. Abteilung:

Rechtsträger & Betriebs-
stätte (falls relevant)

II.2. Ansprech-/ Kooperationspartner für die Kardiologie *

zuständiger Facharzt:

Gebäudeanschrift:

Einrichtungs-/ Praxisname
ggf. Abteilung:

Rechtsträger & Betriebs-
stätte (falls relevant)

II.3. Ansprech-/ Kooperationspartner für die Nephrologie *

zuständiger Facharzt:

Gebäudeanschrift:

Einrichtungs-/ Praxisname
ggf. Abteilung:

Rechtsträger & Betriebs-
stätte (falls relevant)

II.4. Ansprech-/ Kooperationspartner für die Neurologie *

zuständiger Facharzt:

Gebäudeanschrift:

Einrichtungs-/ Praxisname
ggf. Abteilung:

Rechtsträger & Betriebs-
stätte (falls relevant)

II.5. Ansprech-/ Kooperationspartner für die Radiologie *

zuständiger Facharzt:

Gebäudeanschrift:

Einrichtungs-/ Praxisname
ggf. Abteilung:

Rechtsträger & Betriebs-
stätte (falls relevant)

II.6. Ansprech-/ Kooperationspartner für die Labormedizin **

zuständiger Facharzt:

Gebäudeanschrift:

Einrichtungs-/ Praxisname
ggf. Abteilung

Rechtsträger & Betriebs-
stätte (falls relevant)

II.7. Ansprech-/ Kooperationspartner für die Pädiatrie **

zuständiger Facharzt:

Gebäudeanschrift:

Einrichtungs-/ Praxisname
ggf. Abteilung:

Rechtsträger & Betriebs-
stätte (falls relevant)

II.8. Ansprech-/ Kooperationspartner für die Gynäkologie *

zuständiger Facharzt:

Gebäudeanschrift:

Einrichtungs-/ Praxisname
ggf. Abteilung:

Rechtsträger & Betriebs-
stätte (falls relevant)

Die mit einem * Stern versehenen Kooperationspartner sollten Leistungen nur für ein sHypertonie-Zentrum DHL[®] erbringen. Unterstützt ein Kooperationspartner, z.B. aufgrund seiner diagnostisch/ therapeutischen Stellung, mehrere Zentren, so ist das für den Patienten erkenntlich zu machen. Die mit zwei ** Sternen versehenen Kooperationspartner (Endokrinologie, Labormedizin, Pädiatrie) dürfen Leistungen für verschiedene sHypertonie-Zentrum DHL[®] erbringen. Sollte die Einrichtung zur Anerkennung als sHypertonie-Zentrum DHL[®] externe Kooperationspartner benötigen, setzt das Recht zum Führen der Bezeichnung sHypertonie-Zentrum DHL[®] eine entsprechende kooperative Zusammenarbeit voraus. Sollte ein Kooperationspartner die Zusammenarbeit mit der Einrichtung beenden, führt das ersatzlose Wegfallen eines Ersatzkooperationspartner zur Aberkennung der Anerkennung als sHypertonie-Zentrum DHL[®].

III. Diagnostische Verfahren

Bitte kreuzen Sie in Spalte [1] an, welche der folgenden diagnostischen Verfahren verfügbar sind. Grundsätzlich müssen alle diagnostischen Verfahren verfügbar sein. Sofern diagnostische Verfahren nicht im eigenen Haus vorgehalten werden, tragen Sie in Spalte [2] den entsprechenden Ansprech- / Kommunikationspartner (II.1- II.8) ein. Sofern der Kooperationspartner nicht unter II.1- II.8 genannt ist, geben Sie diesen bitte mit Anschrift unter Anmerkungen an:

[1]	[2]	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Basisdiagnostik inklusive EKG, Langzeit-Blutdruckmessung und -EKG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allgemeine Röntgendiagnostik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ultraschallverfahren: Sonographie der Nieren mit farbcodierter Duplexsonographie (FKDS) der Nierengefäße, FKDS der abdominellen Gefäße, der hirnersorgenden Gefäße und der peripheren Arterien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Echokardiographie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CT, MRT, Angiographie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nuklearmedizinische Diagnostik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Labormedizin: leitliniengerechte Labordiagnostik, einschl. endokrinologischer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spezialdiagnostik und Labordiagnostik bei Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Screening auf schlafbezogene Atemstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzkatheterlabor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interventionelle Angiologie

Anmerkungen:

IV. Therapeutische Voraussetzungen

Bitte kreuzen Sie in Spalte [1] an, welche der nachfolgenden therapeutischen Voraussetzungen verfügbar sind. Diese gelten nur für Kliniken. Praxen müssen mit einer entsprechenden klinischen Einrichtung kooperieren (zu definieren in Spalte [2]). Die Vorbemerkungen unter II. und III. gelten entsprechend.

[1]	[2]	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internistische Intensivstation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24-Stunden-Notaufnahmestation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24-Stunden-Akutneurologie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einrichtung zur nicht-medikamentösen Intervention (Diätberatung, Sportmedizin)

Anmerkungen:

V. Räumliche Voraussetzungen

Es müssen Räumlichkeiten für stationäre bzw. ambulante Diagnostik und Behandlung sowie Hypertonieambulanz vorhanden sein. Bitte schildern Sie die vorhandene räumliche Situation. Bitte fügen Sie entsprechend gekennzeichnete Lagepläne bei.

VI. Kontinuierliche Aktivitäten der Fortbildung/ Schulung

Die Einrichtung muss kontinuierliche Aktivitäten in der Fortbildung/ Schulung von Ärzten/ Patienten aufweisen. Bitte schildern Sie diese Aktivitäten **insbesondere auch bezüglich der Einbindung der von Ihnen unter II. angegebenen Ansprech- und Kooperationspartner.**

VII. Erklärungen

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

Einverständniserklärung:

Die Deutsche Hochdruckliga bewirbt an verschiedenen Stellen, z.B. unter www.hochdruckliga.de/zertifizierte-hypertonie-zentren.html, die von ihr zertifizierten Hypertonie-Zentren (ZHZ). Mit der Bewerbung durch die Hochdruckliga erklären wir uns einverstanden.

Bei Bedarf bedient sich die Deutsche Hochdruckliga auch externer Kooperationspartner, um auf die Arbeit der von ihr zertifizierten Hypertonie-Zentren aufmerksam zu machen. Ohne Ihre ausdrückliche Ermächtigung werden wir Ihre Daten aber nicht weitergeben. Die Weitergabe erfolgt mit der ausdrücklichen Zweckbindung, Ihr Zentrum zu bewerben.

An der Datenweitergabe an Partner der Hochdruckliga sind wir interessiert.

interessiert (bitte aktiv ankreuzen)

Unsere Einwilligung ist jederzeit für die Zukunft widerrufbar.

Regeln zur Ausstellung der ZHZ Urkunden:

Jedes anerkannte Hypertoniezentrum erhält eine Urkunde zur Bewerbung des Zentrums. Auf der Urkunde ist der Einrichtungsträger und die antragsstellende Praxis/ Klinik dargestellt, nicht aber die dort tätigen Hypertensiologen DHL®. Besteht ein Zentrum aus mehreren Rechtsträgern bzw. räumlich getrennten Standorten werden auf der Urkunde auf Wunsch alle Standorte/ Rechtsträger benannt, soweit an diesen ein Hypertensiologe DHL® praktiziert (siehe auch Kenntnisnahme Zertifizierungskosten/ Rezertifizierungskosten).

Bitte schlagen Sie uns vor, welche Angaben Sie auf der Urkunde/ den Urkunden wünschen:

z.B. Einrichtungsträger

ggf. Praxis/ Klinik (Standort 1)

ggf. Praxis/ Klinik (Standort 2)

Welchen Eintrag wünschen Sie auf www.hochdruckliga.de/zertifizierte-hypertonie-zentren.html für Ihren Standort 1:

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

genaue Anschrift (aus dieser berechnen wir Ihren Geo-Code)
 Name des Hypertensiologen DHL®
 Telefon des Hypertensiologen DHL®
 E-Mail Adresse des Hypertensiologen DHL®
 Homepage

Welchen Eintrag wünschen Sie auf www.hochdruckliga.de/zertifizierte-hypertonie-zentren.html für Ihren Standort 2:

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

genaue Anschrift (aus dieser berechnen wir Ihren Geo-Code)
 Name des Hypertensiologen DHL®
 Telefon des Hypertensiologen DHL®
 E-Mail Adresse des Hypertensiologen DHL®
 Homepage

Bitte prüfen Sie sorgfältig Ihre Internetangaben zu Ihrer Erreichbarkeit per Telefon, Wir werden Ihre Angaben hierzu vor der Veröffentlichung nicht weiter prüfen.

Kenntnisnahme Zertifizierungskosten/ Rezertifizierungskosten:

Mit den Zertifizierungskosten in Höhe von derzeit EUR 1.500 bzw. den Rezertifizierungskosten in Höhe von derzeit EUR 1.000 sind wir einverstanden. Wir erhalten eine Urkunde sowie eine Wortbildmarke zur Bewerbung unseres Hypertonie-Zentrums (ZHZ). Falls sich unser Hypertonie-Zentrum (ZHZ) aus mehreren räumlich getrennten Standorten bzw. unterschiedlichen Rechtsträgern zusammensetzt, erhöhen sich die Zertifizierungskosten/ Rezertifizierungskosten um je EUR 1.000 pro Standort bzw. Rechtsträger, falls der Standort bzw. Rechtsträger aktiv durch Aushang der Urkunde, durch einen Interneteintrag oder das Anbringen der Wortbildmarke das ZHZ bewerben möchte.

Falls die Sektion s/versorgungsstrukturen/ Hypertonie-Zentren DHL®eine Begutachtung vor Ort für geboten hält, erhöhen sich die Zertifizierungskosten bzw. Rezertifizierungskosten auf derzeit EUR 2.500. Die vorstehenden Preise verstehen sich zzgl. Umsatzsteuer in der jeweils geltenden gesetzlichen Höhe. Damit sind alle entstehenden Personal-, Sach- und Verwaltungskosten der Deutschen Hochdruckliga für die Durchführung des Zertifizierungs-/ Rezertifizierungsverfahrens abgegolten.

Es wird versichert, dass die vorstehenden Angaben unter Abschnitt I. bis VII. wahrheitsgemäß sind. Bei Änderungen erfolgt eine umgehende Mitteilung an die Deutsche Hochdruckliga.

[Redacted], den [Redacted]
 Ort Datum

[Redacted]
 Der Koordinator (Name des Unterzeichnenden):

[Redacted]
 (Unterschrift)

[Redacted]
 Rechtsgeschäftlicher Vertragspartner (Name des Unterzeichnenden):

[Redacted]
 (Unterschrift)