

Antrag Siegel „DGRh-Rheumazentrum“

Name und Anschrift des Rheumazentrums:

1. Kooperatives Netzwerk für die Versorgung in einer Region

Organisationsstruktur des Netzwerks? (Verein, GbR...)	
Mitgliederverzeichnis liegt vor?	O ja O nein
Existieren vereinbarte Ziele für die rheumatologische Versorgung in der Region? <i>(Falls ja, bitte anfügen)</i>	O ja O nein

2. Vertretung der AGRz und der DGRh in der Region

Ziele und Aufgaben gemäß Satzung der DGRh und Geschäftsordnung der AGRz?	O ja O nein
Aktive Mitarbeit an konsentierten Aktivitäten und Projekten zur Versorgung Rheumakranker?	O ja O nein
<i>Wenn ja, welche:</i>	

3. Strukturelle Voraussetzungen

Region von nicht unter 1 Million Einwohner, räumlich abgegrenzt gegenüber benachbarten DGRh-Rheumazentren?	O ja O nein
Zentrale rheumatologische Einheit (vorzugsweise an einer Universitätsklinik)?	O ja O nein
<i>Wenn ja, welche:</i>	
Internistische Klinikabteilungen/Praxen	O ja O nein
Orthopädische Klinikabteilungen/Praxen	O ja O nein
Pädiatrische Klinikabteilungen/Praxen	O ja O nein
Rehabilitationseinrichtungen (sofern in der Region vorhanden)	O ja O nein
Name des Sprechers? _____ Mitglied der DGRh?	O ja O nein
Name des stlv. Sprechers? _____ Mitglied der DGRh?	O ja O nein
Volle Weiterbildung im Schwerpunkt Rheumatologie (36 Monate) innerhalb des DGRh-Rheumazentrums:	O ja O nein

4. Strukturelle Voraussetzungen (Forts.)

Geschäftsstelle / Sekretariat mit festen Erreichbarkeiten? Telefonnummer: _____ Zeiten: _____	O ja O nein
Webseite des RZ mit Informationen für Ärzte und Patienten? inkl. Mitglieder/Mitgliedseinrichtungen?	O ja O nein O ja O nein
<i>Wenn ja, Web-Adresse:</i> _____	

5. Wissenschaftliche Aktivität

Teilnahme an Projekten der Versorgung?	O ja O nein
<i>Wenn ja, welche:</i>	
Eigene Projekte zur Verbesserung der Versorgung?	O ja O nein
<i>Wenn ja, welche:</i>	
Angebot und Koordination von Frühdiagnosesprechstunden?	O ja O nein
Angebot von Patientenschulungen? (z.B. StruPi, ggf. inkl. Teilnahme an der Evaluation)	O ja O nein
Publikationsliste? <i>(bitte bis Ende2018 einreichen)</i>	O ja O nein

6. Veranstaltungen / Fortbildungsaktivitäten

Mindestens eine zentrumsweite Veranstaltung pro Jahr?	O ja O nein
<i>Wenn ja, nennen Sie bitte die letzte (Thema, Zeit, Ort)</i>	
Zentrumsweiter Veranstaltungskalender für Patienten, Ärzte oder medizinisches Fachpersonal? <i>(→ bitte an die Rheumaakademie übermitteln)</i>	O ja O nein
Wird gewährleistet, dass inhaltliche Qualität und Unabhängigkeit der Fortbildungsveranstaltungen dem DGRh-Ethikkodex entsprechen?	O ja O nein

7. Sonstiges

Jahresbericht über Struktur und Aktivitäten des RZ? <i>(→ bitte Ende2018 einreichen)</i>	O ja O nein
Teilnahme an den Mitgliederversammlungen der AGRz	O ja O nein
Teilnahme an den Workshops der AGRz	O ja O nein
Teilnahme an den AGRz-Symposien auf der DGRh-Jahrestagung	O ja O nein

Stempel, Datum, Unterschrift: _____