



Anlage 1 zur Kooperationsvereinbarung Erhebungsbogen des Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.

Der vorliegende Erhebungsbogen erhebt

Teil 1: Stammdaten der Endometrioseeinrichtung

Teil 2: Qualitätsanforderungen aus Patient*innen- bzw. Selbsthilfeperspektive

Diese sind jeweils zu benennen bzw. zu erläutern.

Die Auswertung des Erhebungsbogens und damit der Qualitätskriterien bezieht sich auf die im zweiten Teil benannten Punkte:

- Endometriose-Sprechstunde
- Komplementäre Therapien
- Sozialdienst
- Aufklärung und Informationen
- Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe
- Eigene Ergänzungen und Kommentare

Teil 3: Qualitätsanforderungen aus medizinischer Perspektive

**Alternativ können Sie uns auch den ausgefüllten Erhebungsbogen für
Endometrioseeinrichtungen der EuroEndoCert / Stiftung Endometriose-Forschung zusenden.**

(In Version Kurzform nicht eingefügt)

Dazu gehören:

- Partner*innen in der Behandlung
- Ausgestaltung der Vernetzung mit anderen Partner*innen
- Spezielle Angaben zu Kooperationspartnern
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzt*innen
- Endometriose-Dokumentation
- Spezielle Angaben zur Endometrioseeinrichtung und den Operateur*innen



Teil 1. Stammdaten des Endometriosezentrums

Name und Anschrift der Endometrioseeinrichtung	
Klinik	
Abteilung	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Leitung der Endometrioseeinrichtung	
Titel Vorname Name	
Telefon	
E-Mail	
Qualifikation(en) der Leitung der Endometrioseeinrichtung	
<hr/> <hr/> <hr/>	
Sekretariat	
Vorname Name	
Telefon	
E-Mail	
Qualitätsmanagement	
Vorname Name	
Telefon	
E-Mail	
Sozialdienst	
Vorname Name	
Telefon	
E-Mail	



Teil 2. Qualitätskriterien aus Patient*innen- bzw. Selbsthilfeperspektive

Endometriose-Sprechstunde	
Findet an der Endometrioseeinrichtung eine Endometriose-Sprechstunde statt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wenn keine Endometriose-Sprechstunde angeboten wird, bitte begründen. _____	
Durchführende Ärzt*innen (Bitte Titel, Vorname, Name und Qualifikation angeben) _____ _____	
Telefonnummer für Terminvergabe	_____
Fax für Befundübermittlung	_____
E-Mail für schriftliche Anfrage	_____
Sprechzeiten	_____
Dauer eines Sprechstunden-Termins	_____
Wartezeit auf einen Termin	_____
Maximale Wartezeit	_____
Was tun Sie, wenn die maximale Wartezeit überschritten wird? _____	
Wie wird mit Notfällen umgegangen? _____	
Voraussetzungen für Aufnahmen zur Behandlung	<input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Einweisung <input type="radio"/> Sonstiges (bitte erläutern)
Weitere Anmerkungen _____ _____ _____	



Komplementäre Therapien: Welche komplementären Therapien bietet die Einrichtung selbst an bzw. mit welchen Partner*innen arbeiten Sie zusammen?			
		Ansprechpartner*in	Vermittlung
Neuraltherapie	<input type="radio"/> eigenes Angebot <input type="radio"/> Kooperationsangebot <input type="radio"/> kein Angebot		<input type="radio"/> Information <input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Anderes
Osteopathie	<input type="radio"/> eigenes Angebot <input type="radio"/> Kooperationsangebot <input type="radio"/> kein Angebot		<input type="radio"/> Information <input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Anderes
Reflexzonentherapie	<input type="radio"/> eigenes Angebot <input type="radio"/> Kooperationsangebot <input type="radio"/> kein Angebot		<input type="radio"/> Information <input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Anderes
Homöopathie	<input type="radio"/> eigenes Angebot <input type="radio"/> Kooperationsangebot <input type="radio"/> kein Angebot		<input type="radio"/> Information <input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Anderes
Traditionelle Chinesische Medizin	<input type="radio"/> eigenes Angebot <input type="radio"/> Kooperationsangebot <input type="radio"/> kein Angebot		<input type="radio"/> Information <input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Anderes
Hypnotherapie	<input type="radio"/> eigenes Angebot <input type="radio"/> Kooperationsangebot <input type="radio"/> kein Angebot		<input type="radio"/> Information <input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Anderes
Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion	<input type="radio"/> eigenes Angebot <input type="radio"/> Kooperationsangebot <input type="radio"/> kein Angebot		<input type="radio"/> Information <input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Anderes
Yoga und Entspannung	<input type="radio"/> eigenes Angebot <input type="radio"/> Kooperationsangebot <input type="radio"/> kein Angebot		<input type="radio"/> Information <input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Anderes



Weitere komplementäre Therapieangebot	<input type="radio"/> eigenes Angebot <input type="radio"/> Kooperationsangebot <input type="radio"/> kein Angebot	<hr/> <hr/> <hr/>	<input type="radio"/> Information <input type="radio"/> Überweisung <input type="radio"/> Anderes
--	--	-------------------	---



Sozialdienst
Werden Endometriose-Patient*innen standardmäßig an den Sozialdienst vermittelt oder von diesem kontaktiert? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind die Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes zum Krankheitsbild Endometriose geschult? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Werden Patient*innen aktiv über die Möglichkeiten und Vorteile einer AHB bzw. Reha informiert? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Werden Patient*innen über die Möglichkeiten und Vorteile eines GdB (Grad der Behinderung) informiert? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Welche Leistungen erbringt der Sozialdienst für Endometriose-Patient*innen. Bitte aufzählen. _____ _____ _____
Anzahl Vermittlung in AHB: _____ Anzahl Vermittlung in Reha: _____
Aufklärung und Informationen
Erhalten Patient*innen weitere Informationsmaterialien (Flyer und Broschüren) zu Endometriose zur Mitnahme. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Welche Informationsmaterialien erhalten die Patient*innen? (Bitte legen Sie je ein Belegexemplar der klinikinternen Veröffentlichungen zum Audit vor.) _____ _____ _____
Finden Informationsveranstaltungen zum Thema Endometriose statt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein - Wenn keine Veranstaltungen angeboten werden, bitte begründen. _____
Bitte listen Sie die derzeit geplanten Veranstaltungen auf (Titel, Datum, Referent*in) _____ _____ _____ _____ _____



Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe

Sind die Mitarbeiter*innen über das Thema Selbsthilfe informiert?

ja nein

In welcher Form?

Gibt es eine/n Ansprechpartner*in für das Thema Selbsthilfe?

ja nein

Ansprechpartner*in bitte benennen.

Werden Patient*innen bzw. deren Angehörige auf die Möglichkeit zur Teilnahme an Angeboten von Selbsthilfegruppen hingewiesen?

ja nein

Werden Patient*innen werden über das Angebot der Endometriose-Vereinigung Deutschland informiert?

ja nein

Besteht eine aktive Zusammenarbeit mit einer oder mehreren lokalen Selbsthilfegruppen Endometriose?

ja nein

Bitte Gruppe und Ansprechpartner*in benennen

In welcher Form arbeiten Sie zusammen?

Wenn keine lokale Selbsthilfegruppe vorhanden ist, planen Sie Maßnahmen eine solche aufzubauen?

ja nein

Welche Maßnahmen planen Sie?

Möchten Sie dabei Unterstützung durch die Endometriose-Vereinigung Deutschland?

ja nein

Eigene Ergänzungen und Kommentare

Herzlichen Dank für Ihre Angaben!