

Antrag auf Verleihung des ÖGAM-Praxissiegels

Hiermit wird die Verleihung des ÖGAM-Praxissiegels „ÖGAM – Hausärztliche Primärversorgung“ beantragt.

Bezeichnung und Adresse (Straße, PLZ, Ort, Bundesland) der Praxis:

E-Mail-Adresse:

Anmerkung: E-Mail-Adresse wird für die interne Administration verwendet und wird nicht veröffentlicht.

*Mit * gekennzeichnete Angebote sind nur dann Voraussetzung für die Zuerkennung des ÖGAM-Praxissiegels, wenn sie im Honorarkatalog des jeweiligen Bundeslandes abgebildet sind.*

Die Erfüllung aller unterstrichenen Kriterien ist jedenfalls Voraussetzung für die Zuerkennung des Praxissiegels.

Folgende Voraussetzungen sind gegeben:

Allgemeine Voraussetzungen

- **Mitglied der ÖGAM** (Empfehlung)

Ja

Nein

- **ÖÄK-Diplom(e)** (wenn vorhanden)

- **Verträge mit allen Kassen vorhanden**

Ja

Nein

- **Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit entsprechend den gültigen wissenschaftlichen Kriterien**

Ja

Nein

Organisationsform *(Zutreffendes bitte auswählen)*

Einzelpraxis (Praxis mit einem Arzt/einer Ärztin)

Praxis mit mehreren Ärzten/Ärztinnen *(mittlere Wochenzeiten gesamt bitte anführen)*

- | | | |
|---|---------|---------------------|
| • Gesellschafter:innen/Vertragsarzt:innen: | Anzahl: | Std/Wo (insgesamt): |
| • Angestellte Arzt:innen: | Anzahl: | Std/Wo (insgesamt): |
| • Regelmäßige Vertretungsarzt:innen: | Anzahl: | Std/Wo (insgesamt): |

PVE

- | | | |
|---|---------|---------------------|
| • Gesellschafter:innen/Vertragsarzt:innen: | Anzahl: | Std/Wo (insgesamt): |
| • Angestellte Arzt:innen: | Anzahl: | Std/Wo (insgesamt): |
| • Regelmäßige Vertretungsarzt:innen: | Anzahl: | Std/Wo (insgesamt): |

Praxisteam

- **Ordinationsassistent:innen mit spezifischer Ausbildung**

Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

Tätigkeitsbereich:

- **Ordinationsassistent:innen ohne spezifischer Ausbildung**

Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

Tätigkeitsbereich:

- **Diplomierte Pflegeperson/en**

Anzahl: Std/Wo (insgesamt):

- **Gesundheitsberufe**

Beruf:	Wochenarbeitszeit:
Beruf:	Wochenarbeitszeit:
Beruf:	Wochenarbeitszeit:
Beruf:	Wochenarbeitszeit:
Beruf:	Wochenarbeitszeit:
Beruf:	Wochenarbeitszeit:

Praxisorganisation

- **Öffnungszeiten** (*Ordination besetzt / erreichbar*)

- **Ordinationszeiten** (*Ärzt:in anwesend*)

- **Erreichbarkeit** (*für dringende Fälle*)

Ja

Nein

Bitte um kurze Beschreibung:

- **In der Region gibt es ein Bereitschaftsmodell***

Ja

Nein

- **Die antragstellende Praxis nimmt daran regelmäßig teil***

Ja

Nein

- **Die Praxis verfügt über eine Website**

Ja

Nein

Web-Adresse:

Einzelpraxen, die alle Kriterien erfüllen, aber keine Homepage haben, erhalten das Siegel mit der Auflage innerhalb der nächsten 2 Jahre eine solche zu errichten.

- **Die Partner bzw. Gesellschafter erbringen die vertraglich vereinbarten Ordinationszeit überwiegend selbst**

Ja

Nein

Bitte um kurze Beschreibung der Organisation:

Nachweise in Form von Website oder Ordinationsschild bzw. Dienstpläne bitte beischließen

- **Die Kontinuität der Betreuung wird sichergestellt**

Ja Nein Bitte um kurze Beschreibung der diesbezüglichen Abläufe:

- **Terminmanagement vorhanden**

Ja Nein Bitte um kurze Beschreibung:

- **Die Praxis ist bereit, an Projekten zur Diagnosecodierung teilzunehmen**

Ja Nein

Kooperation ärztliche Ebene

- **Vernetzung mit Nachbarpraxen / Sprengelnetzwerke**

Ja Nein Bitte um kurze Beschreibung:

- **Geregelter Informationsaustausch (z.B. Qualitätszirkel)**

Ja Nein Bitte um kurze Beschreibung:

- **Abgesprochene Ordinations- / Bereitschaftszeiten mit Nachbarpraxen**

Ja Bitte um kurze Beschreibung:

Nein Bitte um kurze Begründung:

Öffentliche Sichtbarkeit der gemeinsam erzielten Erreichbarkeit gewährleistet durch:

- **Abgesprochene Urlaubszeiten mit Nachbarpraxen**

Ja Bitte um kurze Beschreibung:

Nein Bitte um kurze Begründung:

Kooperation mit Gesundheitsberufen außerhalb der Praxis

- **Bedarfsorientierte Kooperation mit Gesundheits- / Sozialberufen außerhalb der Praxis**

Ja Nein

- **Strukturierte Kooperation mit Gesundheits- / Sozialberufen außerhalb der Praxis mit geregelten Informationsabläufen**

Ja Nein Bitte um kurze Beschreibung:

- **Kooperation mit folgenden Berufsgruppen**

Ausbildungsfunktion

- **Anerkennung der Lehrpraxis (postpromotionell) durch die Ärztekammer**

Ja Nein Landesärztekammer bitte angeben
(Nachweis bitte anschließen):

- **Anerkennung als Lehrordination an der Universität**

Ja Nein Universität bitte angeben (Nachweis bitte anschließen):

- **Bereitschaft zur Teilnahme an Forschungsnetzwerken / -projekten**

Ja Nein

Ausstattung

- **Kleines Labor***

Ja Nein Parameter:

- **Bedsidetests***

Ja Nein Welche:

- **Kleine Chirurgie***

Ja Nein

- **Sauerstoffflasche**

Ja Nein

- **Zugang Point-of-Care Tools** (z.B. Guidelines, Leitlinien)

Ja Nein Bitte um kurze Beschreibung:

- **Zwei Behandlungsräume**

Ja Nein

Leistungsspektrum

- **Strukturierte Betreuung chronisch Kranker**

Ja Nein

- **Wundversorgung** (auch chronische Wunden)

Ja Nein

- **Teilnahme an (verfügbaren) Disease Managementprogrammen**

Ja Nein (Verträge bitte anschließen)

- **Hausbesuche werden durchgeführt**

Ja Nein

- **Betreuung aller Altersgruppen**

Ja Nein

- **Palliative Basisversorgung wird angeboten**

Ja Nein

- **Psychosomatische Basisversorgung wird angeboten**

Ja Nein

- **Eltern/Kind-Pass Untersuchung wird angeboten**

Ja Nein

- **Vorsorgemedizin, Gesundheitsförderung** (Impfwesen, Präventionsberatung, qualitätsgesicherte Gesundheitsinformation)

Ja Nein Bitte um kurze Beschreibung:

- **Katheterwechsel werden durchgeführt***

Ja Nein

- **Infusionstherapie*** (wenn indiziert – z.B. adjuvante Therapien wie Bisphosphonate, Rehydratation etc.)

Ja Nein

- **Medikationsmanagement wird angeboten**

Ja Nein Bitte um kurze Beschreibung:

- **Ärztliche Tätigkeit innerhalb der Gemeinde**

Ja Nein Bitte um kurze Beschreibung:

Bei positiver Beurteilung bin ich / sind wir mit der Darstellung meiner / unserer Ordination als ÖGAM-Praxissiegel-Träger auf der von der GÖG gehosteten Seite <https://primärversorgung.gv.at> und auf der Webpage der ÖGAM einverstanden. Zu diesem Zwecke dürfen Name, Ordinationsadresse und E-Mail-Adresse vom ÖGAM-Sekretariat an die "Koordination Primärversorgung" der GÖG weitergeleitet werden.

Ja

Nein

Die Antragssteller:innen nehmen zur Kenntnis, dass das Praxissiegel für 5 Jahre zuerkannt wird.

Die Re-Zertifizierung muss vom Antragsteller beantragt werden.

Die Antragssteller:innen verpflichten sich, Änderungen der genannten Zertifizierungskriterien der ÖGAM unter der Adresse office@oegam.at bekannt zu geben.

Bei Änderungen, die dazu führen, dass die Grundprinzipien der Primärversorgung nicht mehr erfüllt sind, ist eine Aberkennung des Praxissiegels möglich.

Unterschriften der Antragssteller:innen (alle Partner:innen bzw. Gesellschafter:innen):

Ort:

Datum:

Unterschrift/en: