

Antrag auf Mitgliedschaft

Der Antrag auf Mitgliedschaft als regionales Rheumazentrum in der Arbeitsgemeinschaft Regionaler Kooperativer Rheumazentren in der DGRh sollte Angaben über nachfolgende Gegebenheiten enthalten:

A: Räumliche Abgrenzung der Versorgungsregion

1. Welche Stadt-/Landkreise (kommunale Grenzen) sind durch die Mitgliedsorganisationen des Rheumazentrums versorgt?

.....

.....

2. Überschneidet sich diese Region mit der Versorgungsregion eines benachbarten Rheumazentrums?

Ja

Nein

3. Wie groß ist die Fläche der Versorgungsregion?

..... km²

4. Wie hoch ist die Einwohnerzahl in der Versorgungsregion?

..... Mio.

B: Medizinisches und paramedizinisches Leistungsangebot in der Versorgungsregion

Angaben über bestehende internistische rheumatologische sowie operative und konservative rheumaorthopädische Leistungen der Versorgungsregion

internistisch

Ja Nein

orthopädisch

Ja Nein

5. Universitäre Klinik(en)

oder Abteilung(en)

.....(Anzahl)

6. Rheumatologische Fachkrankenhäuser/kliniken

.....(Anzahl)

	internistisch		orthopädisch	
	Ja	Nein	Ja	Nein
7. Rheumatologische Fachabteilungen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	.....(Anzahl)			
8. Rheumatologische Rehabilitationsklinik(en)? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	.....(Anzahl)			

Fügen sie bitte für jede der Einrichtungen Nr. 5 bis 8 eine Übersicht bei mit Angaben über die jeweilige Ausstattung nach Muster der Anlage 1

Das Leistungsangebot der Region umfaßt		
9. internistische Rheumatologen (Anzahl)	angestellt	.....
	niedergelassen	.....
10. orthopädische Rheumatologen (Anzahl)	angestellt	.....
	niedergelassen	.....
11. anderer angestellte Fachärzte (Anzahl)		.....
12. Hausärzte (Anzahl)		.....
Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner, Internisten		.....
13. niedergelassene Orthopäden (Anzahl)		.....
14. niedergelassene Physiotherapeuten (Anzahl)		.....
15. niedergelassene Ergotherapeuten (Anzahl)		.....
.....		
16. regionale Selbsthilfegruppen (Anzahl)		.....
17. rheumatologische Forschungseinrichtungen (Anzahl)		.....

Die o. g. Einrichtungen / Personen sollen im Regionalen kooperativen Rheumazentrum sowohl auf Versorgungsebene als auch auf Forschungsebene kooperieren.

18. Mitgliedschaft weiterer Organisationen im Regionalen kooperativen Rheumazentrum	Ja	Nein
Kassenärztliche Vereinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztekammer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinischer Dienst (MDK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentenversicherungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten Selbsthilfeorganisation(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte um Angaben zur aktuellen Mitgliederstruktur nach folgendem Muster auf einem gesondertem Blatt

Name / Einrichtung:

Fachrichtung:

Funktion:

19. Kooperationsbeziehungen (ohne formale Mitgliedschaft)
bestehen zu folgenden Einrichtungen/Organisationen:

.....

.....

.....

.....

.....

C: Organisatorische Merkmale des Rheumazentrums

20. Eine Gründungsveranstaltung des Regionalen kooperativen Rheumazentrums hat stattgefunden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
21 Ist das Regionale Kooperative Rheumazentrum als eingetragener Verein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 oder als Interessenverbund etabliert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
23. Die Satzung wurde verabschiedet und ist beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Gewählte Organe:

• Vorstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------

Name vom Sprecher,

stellv. Sprecher

und Koordinator

Bitte Stellenbeschreibung des Koordinators ist beifügen

• (Fach) Beirat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

Namen von Mitgliedern

.....

25. Arbeits-/Projektgruppen sind eingesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

D: Inhaltliche Schwerpunkte der Zentrumsarbeit

26. Fortbildungsveranstaltungen?	Ja	Nein
- für Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- für Assistenzberufler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------

27. Patientenschulungs-Seminare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

28. Bereitschaft, Rheumapaß einzuführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

29. Bereitschaft, Kerndokumentation durchzuführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

E: zukünftige Schwerpunkte der Zentrumsarbeit und konkret geplante Projekte

Bitte fügen Sie auf einem gesondertem Blatt das Arbeitsprogramm bei

F: Wer finanziert die Leistungen des Zentrums?
(nicht die konkreten Patientenversorgungsleistungen!)

	Ja	Nein
- Mitglieder des Zentrums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- KV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rentenversicherungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pharma-Industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- andere Sponsoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>