

# 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:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

*Anmerkung: Telefonnummer und E-Mail-Adresse werden für die interne Administration verwendet und werden 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



## 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):*

- **Einverständnis zur Kontaktaufnahme durch die ÖGAM per Mail betreffend der Information zu allgemeinmedizinisch relevanten Forschungsprojekten (wie z.B. Diplomarbeiten)**

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](mailto: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: