ÖGAM
Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Antrag auf Verleihung des ÖGAM-Praxissiegels

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

Formular zurücksetzen

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

ÖGAM
Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Organisationsform *(Zutreffendes bitte auswählen)*

○ **Einzelpraxis** (Praxis mit einem Arzt/einer Ärztin)

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

- **Gesellschafter:innen/Vertragsärzt:innen:** Anzahl: ____ Std/Wo (insgesamt): ____
- **Angestellte Ärzt:innen:** Anzahl: ____ Std/Wo (insgesamt): ____
- **Regelmäßige Vertretungsärzt:innen:** Anzahl: ____ Std/Wo (insgesamt): ____

○ **PVE**

- **Gesellschafter:innen/Vertragsärzt:innen:** Anzahl: ____ Std/Wo (insgesamt): ____
- **Angestellte Ärzt:innen:** Anzahl: ____ Std/Wo (insgesamt): ____
- **Regelmäßige Vertretungsärzt: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: ____

ÖGAM
Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

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 (postpromitionell) durch die verantwortliche Fachabteilung des Bundeslandes (bzw. vorbestehend 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, Rehydration 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://primaerversorgung.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: