

## Mitgliederfragebogen

Um Sie als Mitglied im PRAXISNETZ Kiel e. V. bestmöglich informieren und unterstützen zu können, bitten wir um vollständiges Ausfüllen des Mitgliederfragebogens. Ihre Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) wird benötigt, um Ihre Fortbildungspunkte von Praxisnetz-Veranstaltungen an die Ärztekammer S-H melden zu können.

Die von Ihnen angegebenen Daten werden vertraulich behandelt und nicht ohne Ihr gesondertes Einverständnis an Dritte weitergegeben.

### Personenbezogene Daten

Titel, Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

#### Facharzt für

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin                                     | <input type="checkbox"/> Nervenheilkunde                             |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Chirurgie                                 | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie                              |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin                                       | <input type="checkbox"/> Neurologie                                  |
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie                                      | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin                              |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde                                       | <input type="checkbox"/> Neuropathologie                             |
| <input type="checkbox"/> Anatomie   | <input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie              |
| <input type="checkbox"/> Biochemie  | <input type="checkbox"/> Öffentliches Gesundheitswesen               |
| <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe                     | <input type="checkbox"/> Pathologie                                  |
| <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie                                       | <input type="checkbox"/> Pharmakologie und Toxikologie               |
| <input type="checkbox"/> Hals-, Nasen, Ohrenheilkunde                         | <input type="checkbox"/> Plastische und Ästhetische Chirurgie        |
| <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten                     | <input type="checkbox"/> Physikalische und Rehabilitative Medizin    |
| <input type="checkbox"/> Herzchirurgie  | <input type="checkbox"/> Physiologie                                 |
| <input type="checkbox"/> Humangenetik   | <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie              |
| <input type="checkbox"/> Hygiene und Umweltmedizin                            | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin                                       | <input type="checkbox"/> Radiologie                                  |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin / hausärztlich                        | <input type="checkbox"/> Rechtsmedizin                               |
| <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie                                      | <input type="checkbox"/> Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin                            | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie                            |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie    | <input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie                             |
| <input type="checkbox"/> Klinische Pharmakologie                              | <input type="checkbox"/> Transfusionsmedizin                         |
| <input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin                                 | <input type="checkbox"/> Urologie                                    |
| <input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | <input type="checkbox"/> Visceralchirurgie                           |
| <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie                        |  |

Schwerpunkt(e):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angiologie                                   | <input type="checkbox"/> Kardiologie                                 |
| <input type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie              | <input type="checkbox"/> Kinderradiologie                            |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsmedizin                            | <input type="checkbox"/> Nephrologie                                 |
| <input type="checkbox"/> Forensische Psychiatrie                      | <input type="checkbox"/> Neonatologie                                |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie                            | <input type="checkbox"/> Neuropädiatrie                              |
| <input type="checkbox"/> Gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | <input type="checkbox"/> Neuroradiologie                             |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Onkologie                     | <input type="checkbox"/> Pneumologie                                 |
| <input type="checkbox"/> Hämatologie und Onkologie                    | <input type="checkbox"/> Rheumatologie                               |
| <input type="checkbox"/> Kinder-Hämatologie und -Onkologie            | <input type="checkbox"/> Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin |
| <input type="checkbox"/> Kinder-Kardiologie                           |  |

Zusatzbezeichnung(en):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ärztliches Qualitätsmanagement           | <input type="checkbox"/> Manuelle Medizin / Chirotherapie       |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur                               | <input type="checkbox"/> Medikamentöse Tumorthherapie           |
| <input type="checkbox"/> Allergologie                             | <input type="checkbox"/> Medizinische Informatik                |
| <input type="checkbox"/> Andrologie                               | <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren                     |
| <input type="checkbox"/> Betriebsmedizin                          | <input type="checkbox"/> Notfallmedizin                         |
| <input type="checkbox"/> Dermatohistologie                        | <input type="checkbox"/> Orthopädische Rheumatologie            |
| <input type="checkbox"/> Diabetologie                             | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin                       |
| <input type="checkbox"/> Flugmedizin                              | <input type="checkbox"/> Phlebologie                            |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie                                | <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie und Balneologie |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie      | <input type="checkbox"/> Plastische Operationen                 |
| <input type="checkbox"/> Hämostaseologie                          | <input type="checkbox"/> Proktologie                            |
| <input type="checkbox"/> Handchirurgie                            | <input type="checkbox"/> Psychoanalyse                          |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie                              | <input type="checkbox"/> Psychotherapie (fachgebunden)          |
| <input type="checkbox"/> Infektiologie                            | <input type="checkbox"/> Rehabilitationswesen                   |
| <input type="checkbox"/> Intensivmedizin                          | <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik (fachgebunden)       |
| <input type="checkbox"/> Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie  | <input type="checkbox"/> Schlafmedizin                          |
| <input type="checkbox"/> Kinder-Gastroenterologie                 | <input type="checkbox"/> Sozialmedizin                          |
| <input type="checkbox"/> Kinder-Nephrologie                       | <input type="checkbox"/> Spezielle Orthopädische Chirurgie      |
| <input type="checkbox"/> Kinder-Orthopädie                        | <input type="checkbox"/> Spezielle Schmerztherapie              |
| <input type="checkbox"/> Kinder-Pneumologie                       | <input type="checkbox"/> Spezielle Unfallchirurgie              |
| <input type="checkbox"/> Kinder-Rheumatologie                     | <input type="checkbox"/> Sportmedizin                           |
| <input type="checkbox"/> Labordiagnostik (fachgebunden)           | <input type="checkbox"/> Suchtmedizinische Grundversorgung      |
| <input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie (fachgebunden) | <input type="checkbox"/> Tropenmedizin                          |

Fremdsprache(n):

- |                                     |                                      |   |                                     |                                    |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arabisch   | <input type="checkbox"/> Englisch    | <input type="checkbox"/> Niederländisch | <input type="checkbox"/> Rumänisch  | <input type="checkbox"/> Spanisch  |
| <input type="checkbox"/> Dänisch    | <input type="checkbox"/> Französisch | <input type="checkbox"/> Norwegisch     | <input type="checkbox"/> Russisch   | <input type="checkbox"/> Türkisch  |
| <input type="checkbox"/> Chinesisch | <input type="checkbox"/> Italienisch | <input type="checkbox"/> Polnisch       | <input type="checkbox"/> Schwedisch | <input type="checkbox"/> Ungarisch |

**Praxisinformationen**

Haupt-Betriebsstättennummer: \_\_\_\_\_

Neben-Betriebsstättennummer: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Webseite: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

*Das PRAXISNETZ Kiel e. V. verwendet Ihre E-Mail-Adresse ausschließlich zu vereinsinternen Zwecken.*

Rechnungsanschrift (falls abweichend von Praxisadresse):

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

**Praxisstruktur**

Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft mit (Titel, Vor- und Nachname):  fachübergreifend  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MVZ  fachübergreifend

Ärztlicher Leiter (Titel, Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

Anzahl der niedergelassenen Ärzte: \_\_\_\_\_

Titel, Vor- und Nachname:  
\_\_\_\_\_

Anzahl der angestellten Ärzte: \_\_\_\_\_

Titel, Vor- und Nachname:  
\_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft mit (Titel, Vor- und Nachname):  
\_\_\_\_\_

Angestellt bei (Titel, Vor- und Nachname):  
\_\_\_\_\_

**Barrierefreiheit** ([www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Barrieren\\_Abbauen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf))

Liegen in Ihrer Praxis Anamnesebögen in verschiedenen Sprachen vor?  ja  nein

Eingangsbereich

- Sind Hausnummer, Praxisschild und Klingel gut sichtbar?  ja  nein
- Kann die Eingangstür leicht geöffnet werden?  ja  nein
- Kann ein Rollstuhlfahrer hindurchfahren, ohne sich am Türrahmen zu stoßen?  ja  nein
- Wie ist der Zustand des Fußbodens, gibt es Stolperfallen?  ja  nein
- Sind Eingang und Flur hell genug beleuchtet?  ja  nein
- Wo finden Patienten die ersten Sitzmöglichkeiten? \_\_\_\_\_
- Bietet die Garderobe genug Platz und ist sie auch für Rollstuhlfahrer erreichbar?  ja  nein
- Gibt es Stock- und Krückenhalter?  ja  nein

Sanitärbereich

- Viele Menschen möchten gleich nach der Ankunft den Sanitärbereich aufsuchen.  
Ist die Toilette gut gekennzeichnet und schnell zu finden?  ja  nein
- Wie viel Bewegungsfreiheit bietet der Sanitärbereich selbst? \_\_\_\_\_
- Können z. B. Rollstuhlfahrer das Waschbecken und die Tücher zum Hände-Abtrocknen erreichen?  ja  nein
- Lässt sich die Tür im Notfall von außen öffnen?  ja  nein

Umgebung und Außenanlage

- Gibt es am Gebäude Behindertenparkplätze?  ja  nein
- Ist der Weg vom Parkplatz zur Praxis ausgeschildert?  ja  nein
- Wie ist der Weg beschaffen und wird er beleuchtet? \_\_\_\_\_
- Gibt es lose Pflastersteine oder Sandflächen, die schwer zu überwinden sind?  ja  nein
- Gibt es Furchen oder Senken, in denen sich bei Regen Pfützen bilden?  ja  nein
- Wie lassen sich solche Barrieren ausräumen?  ja  nein

**Praxisprechzeiten**

Terminsprechstunde  ja  nein

Videosprechstunde  ja  nein

Sprechstunde am Wochenende  ja  nein

Wöchentliche Sprechzeiten \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Praxisverwaltungssoftware**

MediStar  Medisoft  TURBOMED  Medatixx

Andere \_\_\_\_\_

### KV-SafeNet, SafeMail und Telematikinfrastuktur

KV-SafeNet  vorhanden seit \_\_\_\_\_  beantragt  nein

SafeMail Nutzer eines KV-SafeNet-Anschlusses können ein SafeMail-Konto kostenlos bei der KVSH beantragen.  
Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.safemail.ekvsh.de](http://www.safemail.ekvsh.de)

vorhanden (SafeMail-Adresse): \_\_\_\_\_  beantragt  nein

Telematikinfrastuktur:  vorhanden seit \_\_\_\_\_  beantragt  nein

### Praxisorganisation

Hausbesuche  ja  nein

Parkplätze vorhanden  ja  nein

Voranmeldung erbeten  ja  nein

Online Terminanmeldung  ja  nein

Ambulantes Operieren  ja  nein

Patientenschulungen

Diabetes

Ernährung

Asthma bronchiale

Andere \_\_\_\_\_

Öffentliche Verkehrsmittel (Buslinie / Haltestelle)

\_\_\_\_\_

### Labor

Mitglied in Laborgemeinschaft

ja - Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

nein

Beauftragtes Labor

ja - Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

nein

Praxislabor  ja  nein

### Qualitätsmanagement

begonnen, in der Aufbauphase

im kontinuierlichen Verbesserungsprozess, Handbuch vorhanden

Zertifizierung

Welches QM-System verwenden Sie?

QEP

RPN-QM

DIN ISO

Andere \_\_\_\_\_

**Praxismitarbeiter/innen**

Anzahl der Mitarbeiter/innen: \_\_\_\_\_

Feste/r Ansprechpartner/in für die direkte Kommunikation (Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

QM-Beauftragte/r (Titel, Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

Datenschutzbeauftragte/r (Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

Praxis-Partner/in im PRAXISNETZ Kiel e. V. (Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

Hygienebeauftragte/r (Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

Ersthelfer/in (Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

Brandschutzhelfer/in (Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

Medizinprodukte-Beauftragte/r (Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

**Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)**

\_\_\_\_\_

**Weiteres**

Was sind Ihre Erwartungen und Wünsche an das PRAXISNETZ Kiel e. V.?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Praxisstempel