

## Antrag zur Zertifizierung als HFU-Schwerpunktpraxis/-ambulanz (HFUP)

---

1. Federführender Antragsteller
2. Allgemeine Strukturdaten
3. Personelle Gegebenheiten / Voraussetzungen
4. Apparative und räumliche Ausstattung
5. SOPs
6. Unterlagen für das Audit

Bitte füllen sie alle Felder aus - Felder ohne „\*“ sind wünschenswert, aber nicht entscheidend für eine Zertifizierung!

1.	Federführender Antragsteller	
a)	Antragsteller	
b)	(falls abweichend) Verantw. Leiter der HFU-Praxis	
c)	Antragsdatum	
d)	Institution	
e)	Straße	
f)	PLZ + Ort	
g)	Ansprechpartner	
h)	Mitgliedschaft Antragsteller	<input type="checkbox"/> DGK <input type="checkbox"/> BNK
i)	Telefon	
j)	Fax	
k)	E-Mail	
l)	Homepage Antragsteller	

<b>2.</b>	<b>Allgemeine Strukturdaten</b>	
a)	Es besteht eine Kooperation mit einer HFU- Schwerpunktlinik und/oder einem Überregionalen HFU-Zentrum*  Anschrift und Ansprechpartner	
b)	Es besteht eine Kooperation mit einem Herzkatheterlabor, z.B. im Rahmen der Kooperation mit der HFU Schwerpunktlinik oder dem Überregionalen HFU-Zentrum*  Anschrift und Ansprechpartner	
c)	Es besteht eine enge Verzahnung zwischen der Praxis und dem lokalen Notfall- und Rettungssystem und der Intensiv- und Reanimations- Einheit einer HFU-Schwerpunktlinik bzw. eines überregionalen HFU-Zentrums*	Ja / Nein
	Erläuterung zur Verzahnung:	
d)	HFU-Praxis/Ambulanz ist verfügbar zu den regulären Praxiszeiten*	Ja / Nein
e)	Ein Termin für einen Pat mit Herzinsuffizienz kann bei akuten Notfällen innerhalb von 48 Stunden vergeben werden*	Ja / Nein
f)	Ein poststationärer Termin für einen Patienten mit Z.n. Hospitalisation aufgrund einer Herzinsuffizienz kann innerhalb von 7 Tagen vergeben werden*	Ja / Nein
<b>3.</b>	<b>Personelle Gegebenheiten / Voraussetzungen</b>	
a)	Arztstellen	
b)	MFA- und/oder Schwesternstellen	
c)	Weitere Personen (z.B. QM, Assistenz)	
d)	Die HFU-Schwerpunktpraxis bzw. -ambulanz wird von einem Kardiologen betrieben bzw. geleitet, dem die ärztliche Betreuung der Patienten mit Herzinsuffizienz obliegt*	Facharzt für Innere Medizin/ Kardiologie Name: Ggf. Vertreter:

e)	Mindestens 1 zertifizierte spezialisierte Herzinsuffizienzassistent/in (32 h DGK-Curriculum) ist vorhanden*	Ja / Nein
<b>4.</b>	<b>Apparative und Räumliche Ausstattung</b>	
a)	EKG ist vorhanden*	Ja / Nein
b)	Belastungs-EKG, Ergometrie ist vorhanden*	Ja / Nein
c)	Langzeit-EKG ist vorhanden*	Ja / Nein
d)	24-Stunden-Blutdruck-Messung ist vorhanden*	Ja / Nein
e)	POCT- Gerät ist vorhanden (Troponin, natriuretisches Peptid, Nierenfunktionsparameter) *	Ja / Nein
f)	Echokardiographiegerät ist vorhanden*	Ja / Nein
g)	Ein Monitorüberwachungsplatz (Liege mit EKG Gerät und Möglichkeit zur Blutdruckmessung) ist vorhanden*	Ja / Nein
h)	Die Möglichkeit zur Sauerstoffgabe ist gegeben*	Ja / Nein
i)	Notfallausrüstung mit Defibrillator zur Reanimation ist vorhanden*	Ja / Nein
	<b>Zusätzliche Voraussetzungen für eine Ambulanz eines überregionalen HFU-Zentrums bzw. einer HFU-Schwerpunktklinik:</b>	Ja / Nein
j)	Schlafapnoescreening ist vorhanden	Ja / Nein
k)	Spiroergometrie ist vorhanden plus Zugang zu einer dazu ausgestatteten Diagnostikeinheit	Ja / Nein
l)	Möglichkeit zur Abfrage und Programmierung implantierbarer Schrittmacher-, Defibrillator- und Re-Synchronisationssysteme (oder externe Anbindung)  Anschrift und Ansprechpartner	Ja / Nein
m)	Point-of-Care Messung des Troponins bzw. eines natriuretischen Peptids, Nierenfunktionsparameter	Ja / Nein
n)	Möglichkeiten zur Prüfung der Lungenfunktion	Ja / Nein

	Bemerkungen:	
<b>5.</b>	<b>SOP's</b>	
a)	Standard Operating Procedures (SOPs) für Diagnostik- und Behandlungspfade sind vorhanden*	Ja / Nein
1	Akute Herzinsuffizienz*	Ja / Nein
2.	Chronische Herzinsuffizienz*	Ja / Nein
<b>6.</b>	<b>Unterlagen für das Audit</b>	
	Folgende Unterlagen/Zeugnisse/Urkunden bitte für das Audit bereithalten und im Vorfeld hochladen:	
a)	Urkunden/Zeugnisse folgende Schwerpunkte, Zusatzweiterbildungen, ggf. auch europäische Facharzturkunden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Medizin/Kardiologie</li> <li>• MFA-Zeugnisse</li> <li>• Zertifikat spezialisierte HI-Assistenz</li> </ul>	
b)	Schriftl. Kooperationsvereinbarungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• HKL</li> <li>• HFU Schwerpunktlinik und/ oder überregionales HFU Zentrum</li> </ul>	
c)	Standard Operating Procedures (SOPs) für Diagnostik- und Behandlungspfade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akute Herzinsuffizienz</li> <li>• Chronische Herzinsuffizienz</li> </ul>	