

Antrag für das Gütesiegel "Sicherheit und Qualität für brandverletzte Kinder"

Spezialisierte Kliniken für brandverletzte Kinder

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurden zumeist die männlichen Bezeichnungen für Personengruppen verwendet. Weibliche Bezeichnungen sind in diesen Begriffen sinngemäß enthalten.

Die Abfrage erfolgt nach Gesichtspunkten der AWMF-Leitlinie „Thermische Verletzungen im Kindesalter“ (006/128). Bei sämtlichen Punkten sind Mehrfachnennungen möglich.

Klinik, Abteilung:

1. Personelle Anforderungen

1.1. Fachrichtung des verantwortlichen Arztes

- ☐ Kinderchirurgie
- ☐ Pädiatrie
- ☐ Plastische Chirurgie
- ☐ Sonstige:

1.2. Name und Nachweis der Expertise des verantwortlichen Arztes

- ☐ Name:
- ☐ Mitarbeit in einem Zentrum für Schwerbrandverletzte Kinder
- ☐ Zeitraum:
- ☐ Zentrum:

1.3. Fachrichtung des Vertreters des verantwortlichen Arztes (s. Punkt 1)

- ☐ **Kinderchirurgie**
- ☐ **Pädiatrie**
- ☐ Plastische Chirurgie
- ☐ Sonstige:

1.4. Name und Nachweis der Expertise des vertretenden Arztes

- ☐ Name:
- ☐ Mitarbeit in einem Zentrum für Schwerbrandverletzte Kinder **oder:**
- ☐ Erfahrung in der Behandlung brandverletzter Kinder
- ☐ Zeitraum:
- ☐ Zentrum/Klinik:

2. Kooperation mit einem Zentrum für Schwerbrandverletzte Kinder in räumlicher Nähe

- ☐ **Ja** (bitte Kopie der Kooperationsvereinbarung/des Kooperationsvertrags beilegen)
Mit welchem Zentrum:
Inhalte der Kooperation:
 - ☐ Kooperationsvertrag (bitte als Anlage beifügen)
 - ☐ Telemedizin
 - ☐ Konsiliardienst
 - ☐ Regelmäßige Fortbildungen zw. Zentrum und spezialisierter Klinik
 - ☐ Austausch ärztlicher Kollegen/ Pflege mit dem Ziel der Weiterbildung im Fach Verbrennungsmedizin
 - ☐ Verlegung bei ZentrumsindikationenSonstiges:
 - ☐ **Nein**

3. Kindgerechte Einrichtungen

- ☐ Pflegepersonal mit Erfahrung in der Pädiatrie
- ☐ Pädiatrische Intensivstation
- ☐ Kinderpsychologe
- ☐ Physio-/ Ergotherapie
- ☐ Sozialdienst/ Casemanagement
- ☐ Zusammenarbeit mit Orthopädietechnik

4. Qualifizierte Nachsorge

- ☐ Spezialsprechstunde für brandverletzte Kinder
 - ☐ Frequenz:
 - ____x pro Monat
 - ____x pro Woche
 - Zusammensetzung:
 - ☐ Kinderchirurg
 - ☐ Plastischer Chirurg
 - ☐ Pädiater
 - ☐ Ergotherapeut
 - ☐ Physiotherapeut
 - ☐ Orthopädietechniker/ Bandagist
- ☐ ODER: Vorstellung und ambulante Weiterbetreuung Ihrer Patienten durch das kooperierende Zentrum

5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- ☐ Datenerfassung (Verbrennungsregister):
 - ☐ Ja seit: _____ Jahr
 - ☐ Nein
- ☐ DAV-Jahrestagung
 - ☐ 2022
 - ☐ 2023
 - ☐ 2024
 - ☐ 2025
- ☐ Jahrestagung des Arbeitskreises „Das Schwerbrandverletzte Kind“
 - ☐ 2022
 - ☐ 2023
 - ☐ 2024
 - ☐ 2025
- ☐ Sonstiges

6. Behandlungszahlen

6.1. Behandlung stationärer Patienten pro Jahr (Anzahl Erstaufnahmen):

(Angaben laut Register/Daten aus dem Controlling)

6.2. Behandlung ambulanter Patienten pro Jahr:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Mit meiner Unterschrift willige ich der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung aller Angaben durch den Arbeitskreis Das schwerbrandverletzte Kind verankert in der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV) zur Prüfung des Antrags für eine Vergabe des Gütesiegels "Sicherheit und Qualität für brandverletzte Kinder" ein. Mir ist bekannt, dass der Antrag zur Vergabe des Gütesiegels ohne dieses Einverständnis nicht bearbeitet werden kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Kontaktdaten Ansprechpartner:

Dr. Mechthild Sinnig: Sinnig@hka.de

Dr. Kay Großer: Kay.Grosser@gnh.net