Fragebogen für die Kandidatur Akkreditierung zum Gefässzentrum USGG



01.04.2025

Adresse

Name/Anmeldende Institution:

| Tel. Nr. | |
|---|---|
| Fax-Nr. | |
| E-Mail Adresse | |
| Bitte beantworten Sie diesen Fragebog (PDF Files) an christina.jeanneret@hin | en vollständig und elektronisch und retournieren Sie ihn per E-Mail mit den geforderten Papieren .ch |
| | |
| Anmeldende Person | |
| Name / Vorname | |
| Strasse mit Nummer | |
| PLZ /Ort | |
| Telefonnummer | |
| E-Mailadresse | |
| | |
| Koordinator/in Gefässzentrum | Falls identisch mit anmeldender Person leer lassen |
| Name / Vorname | |
| Strasse mit Nummer | |
| PLZ /Ort | |
| Telefonnummer | |
| E-Mailadresse | |

Beteiligte Fachärzte

| | | | Bemerkung |
|---------------------------------------|----------|----------------|--|
| Leiter/in Gefässchirurgie | | | |
| Name | | | |
| Vorname | | | |
| Diplomjahr Gefässchirurgie | | | Bitte legen Sie eine Kopie des Diploms bei |
| Telefonnummer | | | |
| E-Mailadresse | | | |
| Weitere Fachärzte Gefässchirurgie | □Ja | ☐ Nein | |
| oder Ärzte in Ausbildung, die am | | | |
| Gefässzentrum arbeiten | | | |
| Ist der Leiter hauptamtlich am Spital | ☐ Ja | ☐ Nein | |
| angestellt? | | | |
| In welcher Funktion? | Chefarzt | Leitender Arzt | |
| | | | |
| Ist der Leiter Konsiliar-oder | ☐ Ja | □ Nein | |
| Belegarzt? | | | |
| Wenn Konsiliar-oder Belegarzt bitte | | | |
| nächste Fragen überspringen und | | | |
| erst bei Spezifizierung Kons- | | | |
| Belegarzt wieder ausfüllen | | | 100 T |
| Ist der Leiter nur für Belange des | ☐ Ja | ☐ Nein | Wenn Nein, Tages-und Wochenarbeitsplan |
| Gefässzentrums tätig? | 0/ | | beilegen |
| Wenn Nein: In welchem Umfang ist | % | | |
| der Leiter für das Gefässzentrum | | | |
| tätig? | | | |
| Wenn Nein, für welche anderen | | | |
| Gebiete/Aufgaben ist der Leiter | | | |
| zuständig? | | | |
| Durch wen wird der Leiter bei | | | |
| Abwesenheit vertreten? | | | |

| Welche zusätzlichen Fachärzte oder KollegInnen in Weiterbildung für Gefässchirurgie arbeiten im Gefässzentrum? | Hier einfügen Nr., Name, Vorname, Geb. Jahr, Facharzttitel/in Weiterbildung | |
|--|---|---|
| Arbeitet der Leiter Gefässchirurgie noch an einem anderen Standort? | ☐ Ja ☐ Nein | |
| Wenn Ja, wo? | | |
| In welchem Umfang? | | |
| | | |
| Zusätzliche Fragen für Konsiliar- und Belegärzte | | |
| In welchem Umfang arbeitet der Leiter Gefässchirurgie direkt am Standort? | % | Tages-und Wochenplan beilegen wenn unter 100 % |
| Ist die Praxis des Leiters Gefässchirurgie direkt im Spital? | ☐ Ja ☐ Nein | |
| Wenn Nein, wo ist sie, wie weit weg in km und min per Auto? | | |
| Von wann bis wann ist der Leiter Gefässchirurgie in der Regel im Gefässzentrum anwesend? | Tageszeit von bis | |
| Welche weiteren Fachkollegen sind in welchem Umfang direkt im Gefässzentrum tätig? | Name, Vorname, Geburtsdatum, Ort der Praxis | Diplome beilegen Organisation der Präsenzabdeckung (0800- 1800) beschreiben |
| Arbeitet der Leiter Gefässchirurgie noch an einem anderen Standort? | ☐ Ja ☐ Nein | |
| Wenn Ja, wo? | | |
| In welchem Umfang? | | |

| | | | Bemerkung |
|---|----------|----------------|--|
| Leiter/in Angiologie | | | • |
| Name | | | |
| Vorname | | | |
| Diplomjahr Angiologie | | | Bitte legen Sie eine Kopie des Diploms bei |
| Telefonnummer | | | |
| E-Mailadresse | | | |
| Weitere Fachärzte Angiologie oder | ☐ Ja | □ Nein | |
| Ärzte in Ausbildung, die am | | | |
| Gefässzentrum arbeiten? | | | |
| Ist der Leiter hauptamtlich am Spital | ☐ Ja | □ Nein | |
| angestellt? | | | |
| In welcher Funktion? | Chefarzt | Leitender Arzt | |
| | <u> </u> | | |
| Ist der Leiter Konsiliar-oder | ☐ Ja | ☐ Nein | |
| Belegarzt? | | | |
| Wenn Konsiliar-oder Belegarzt bitte | | | |
| nächste Fragen überspringen und | | | |
| erst bei Spezifizierung Kons- | | | |
| Belegarzt wieder ausfüllen | | □ Naia | Mana Nais Tanaa wad Mashanash sitanlas |
| Ist der Leiter nur für Belange des | ☐ Ja | ☐ Nein | Wenn Nein, Tages-und Wochenarbeitsplan |
| Gefässzentrums tätig? | 0/ | | beilegen |
| Wenn Nein: In welchem Umfang ist der Leiter für das Gefässzentrum | % | | |
| | | | |
| tätig? | | | |
| Wenn Nein, für welche anderen | | | |
| Gebiete/Aufgaben ist der Leiter zuständig? | | | |
| Durch wen wird der Leiter bei | | | |
| Abwesenheit vertreten? | | | |
| / WWGGGIIIGIL VEHIGGGII: | | | |

| Welche zusätzlichen Fachärzte oder KollegInnen in Weiterbildung für Angiologie arbeiten im | Hier Nr., Name, Vorname, Geb. Jahr, Facharzttitel/in Weiterbildung einsetzen | |
|--|--|---|
| Gefässzentrum? | | |
| Arbeitet der Leiter Angiologie noch an einem anderen Standort? | ☐ Ja ☐ Nein | |
| Wenn Ja, wo? | | |
| In welchem Umfang? | | |
| Zusätzliche Fragen für Konsiliar- und Belegärzte | | |
| In welchem Umfang arbeitet der Leiter Angiologie direkt am Standort? | % | Tages-und Wochenplan beilegen wenn unter 100 % |
| Ist die Praxis des Leiters Angiologie direkt im Spital? | ☐ Ja ☐ Nein | |
| Wenn Nein, wo ist sie, wie weit weg in km und min per Auto? | | |
| Von wann bis wann ist der Leiter Angiologie in der Regel im Gefässzentrum anwesend? | Tageszeit von bis | |
| Welche weiteren Fachkollegen sind in welchem Umfang direkt im Gefässzentrum tätig? | Name, Vorname, Geburtsdatum, Ort der Praxis | Diplome beilegen Organisation der Präsenzabdeckung (0800- 1800) beschreiben |
| Arbeitet der Leiter Angiologie noch an einem anderen Standort? | ☐ Ja ☐ Nein | |
| Wenn Ja, wo? | | |

| In welchem Umfang? | | | |
|---|----------|----------------|--|
| | | | |
| | | | Bemerkung |
| Leiter/in Radiologie | | | |
| Name | | | |
| Vorname | | | |
| Diplomjahr Radiologie | | | Bitte legen Sie eine Kopie des Diploms bei |
| Telefonnummer | | | |
| E-Mailadresse | | | |
| Über welche Erfahrung/Diplome in | | | Bitte legen Sie Kopien der Ausweise bei |
| interventioneller vaskulärer | | | |
| Radiologie verfügt der Leiter? | | | |
| Weitere Fachärzte mit Erfahrung in | ☐ Ja | Nein | |
| interventioneller vaskulärer | | | |
| Radiologie oder Ärzte in Ausbildung, | | | |
| die am Gefässzentrum arbeiten | | | |
| Ist der Leiter hauptamtlich am Spital | ☐ Ja | Nein | |
| angestellt? | | | |
| In welcher Funktion? | Chefarzt | Leitender Arzt | |
| | | | |
| Ist der Leiter Konsiliar-oder | │ | ☐ Nein | |
| Belegarzt? | | | |
| Wenn Konsiliar-oder Belegarzt bitte | | | |
| nächste Fragen überspringen und | | | |
| erst bei Spezifizierung Kons- | | | |
| Belegarzt wieder ausfüllen Ist der Leiter nur für Belange des | ∏ Ja | Nein | |
| Gefässzentrums tätig? | Ja | | |
| Wenn Nein: In welchem Umfang ist | % | | |
| der Leiter für interventionelle | /0 | | |
| vaskuläre Radiologie tätig? | | | |

| Wenn Nein, für welche anderen | | |
|--|--|--|
| Gebiete/Aufgaben ist der Leiter | | |
| zuständig? | | |
| | | |
| Durch wen wird der Leiter bei | | |
| Abwesenheit vertreten? | | |
| Welche zusätzlichen Fachärzte oder | Hier Nr., Name, Vorname, Geb. Jahr, | |
| KollegInnen in Weiterbildung für | Facharzttitel/in Weiterbildung einsetzen | |
| Radiologie mit Befähigung zu | | |
| interventioneller vaskulärer arbeiten | | |
| im Gefässzentrum? | □ Io □ Noin | |
| Arbeitet der Leiter interventionelle | ☐ Ja ☐ Nein | |
| vaskuläre Radiologie noch an einem anderen Standort? | | |
| Wenn Ja, wo? | | |
| In welchem Umfang? | | |
| m werenem emmang. | | |
| Zusätzliche Fragen für Konsiliar- | | |
| und Belegärzte | | |
| | | |
| In welchem Umfang arbeitet der | % | Tages-und Wochenplan beilegen wenn unter |
| | | 100 % |
| • | | |
| | | Bitte legen Sie Kopien der Ausweise bei |
| | | |
| · · | □ Ia □ Niaia | |
| | | |
| _ | | |
| Leiter interventionelle vaskuläre Radiologie direkt am Standort? Über welche Erfahrung/Diplome in interventioneller vaskulärer Radiologie verfügt der Leiter? Ist die Praxis des Leiters interventionelle vaskuläre Radiologie direkt im Spital? | ☐ Ja ☐ Nein | 100 % Bitte legen Sie Kopien der Ausweise bei |

| | n Nein, wo ist sie, wie weit weg | | | | | | |
|-------|--|---------|---|-----|--|-----------------------------|--|
| in km | n und min per Auto? | | | | | | |
| | | | | | | | |
| inter | wann bis wann ist der Leiter ventionelle vaskuläre Radiologie r Regel im Gefässzentrum | Tagesze | eit von bis | | | | |
| | esend? | | | | | | |
| | | | /orname, Geburtsdatum, Praxis | | Diplome beile Organisation 1800) beschre | der Präsenzabdeckung (0800- | |
| Arbe | itet der Leiter interventionelle | Ja | Nein | | | | |
| vask | uläre Radiologie noch an einem | | | | | | |
| ande | ren Standort? | | | | | | |
| Wen | n Ja, wo? | | | | | | |
| In we | elchem Umfang? | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Frag | en zur Organisation | | | Bei | lagen | Bemerkungen | |
| 4 | | | | - | | 1 | |
| 1.) | Wer ist Koordinator des | | Arzt: | | | | |
| | Gefässzentrums? | | Fachgebiet: | | | | |
| 2.) | Ist die Gleichberechtigung aller sichergestellt? | Partner | ☐ ja ☐ nein | | | | |
| | Wenn ja, wie? | | ☐ Im Organigramm abgebildet ☐ Durchlässigkeit bezüglich | | | | |

Interventionen

| | | Gefä | scheide am isskolloquium r timmigkeit | nur bei | |
|------|--|---|---|-------------|--|
| | | | | | |
| Fra | gen zum Betrieb | | Beilagen | Bemerkungen | |
| Traș | gen zum Betrieb | | Deliagen | Demerkungen | |
| 3.) | Haben Sie ein interdisziplinäres Gefässkolloquium? | ☐ Ja ☐ Nein | | | |
| | In welchem Rhythmus findet es statt? | wöchentlich alle 2 Wochen monatlich andere, wenn ja wie oft? | | | |
| | Wer nimmt teil? | ☐ Angiologe/in ☐ Radiologe/in ☐ Gefässchirurge/in ☐ Andere | | | |
| | Welche Fälle werden besprochen? | | | | |
| | Wird ein Protokoll erstellt? | ☐ Ja ☐ Nein | | | |
| | Wer erstellt das Protokoll? | | | | |
| | Wer ist im Verteiler? | Angiologe/in Radiologe/in Gefässchirurge/in Andere | | | |
| | Wo sind die Protokolle eins | sehbar? | | | 5 Protokolle beilegen Pat Namen abdecken |

| 4.) | Haben Sie einen 24- Stunden –Service für vaskuläre Diagnostik und Therapie? | ☐ Ja ☐ Nein | | |
|-----|---|--|--|--|
| | Welche Fachbereiche leisten diesen Service? | ☐ Angiologie☐ Radiologie☐ Gefässchirurgie☐ Andere | | |
| | Haben Sie einen 24- Stundenservice für periphere Angiographien und PTA? | ☐ Ja ☐ Nein | | Dienstpläne von 5 Monaten beilegen, Alter max. 1 Jahr |
| | Haben Sie einen 24- Stundenservice für Gefässchirurgie? | ☐ Ja ☐ Nein | | Dienstpläne von 5 Monaten beilegen, Alter max. 1 Jahr |
| | Haben Sie einen 24- Stundenservice für nicht- invasive vaskuläre Diagnostik? | ☐ Ja ☐ Nein | | Dienstpläne von 5 Monaten beilegen, Alter max. 1 Jahr |
| | In welcher Zeit hat der Kathetertherapeut im Spital zu sein? | ☐ innert 1 Stunde ☐ innert 2 Stunden ☐ innert 6 Stunden ☐ Andere | | |
| | In welcher Zeit hat der nicht-invasive Diagnostiker im Spital zu sein? | ☐ innert 1 Stunde ☐ innert 2 Stunden ☐ innert 6 Stunden ☐ Andere | | |
| | In welcher Zeit hat der Gefässchirurge im Spital zu sein? | innert 1 Stunde innert 2 Stunden innert 6 Stunden Andere | | |

| 5.) | Haben Sie definierte Patientenpfade? Was wird abgebildet? Ist die nicht-invasive Abklärung vor jeglicher Intervention sichergestellt? | ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein | | Vorlage vorhanden, ev. ausfüllen oder eigene beilegen 5 Beispiele von Abklärungsgängen, durchgeführter Therapie und Nachkontrolle beilegen |
|-----|---|--|--|---|
| 6.) | Haben Sie Richtlinien für Behandlungspfade? Welche? | ☐ Ja ☐ Nein ☐ Abklärung PAVK ☐ Abklärung Venenthrombose ☐ Abklärung Varikose ☐ Abklärung Aneurysma ☐ präoperative Risikoabklärung ☐ antiaggregatorische Therapie, Antikoagulation ☐ TIA ☐ nicht-invasiver Abklärungsgang ☐ Dialyse-Shunt ☐ Andere | Bitte je einen Ausdruck beilegen | Min. 6 Pfade beilegen |
| | Wo sind diese einsehbar? | ☐ Intranet ☐ "Blaubuch" Anderswo: | | |

| Weit | tere Fragen zum Betrieb | | Beilagen | Bemerkungen |
|------|--|---|--|---|
| | | | | |
| 7.) | Führen Sie eine Wundsprechstunde inkl. diabetischen Fuss? | ☐ Ja ☐ Nein | | Kurzbeschrieb/Organigramm beilegen oder Pflichtenheft |
| | Welche Personen versehen diesen Dienst? Hat/haben diese Person/en ein | ☐ Arzt ☐ Pflegefachperson mit Wundausbildung ☐ Pflegefachperson ☐ MPA Andere: | Wonn in hitto logon | 2-3 Prozessdokumente beilegen |
| | Pflichtenheft? | ☐ Ja ☐ Nein | Wenn ja, bitte legen Sie dieses bei. | |
| 8.) | Führt Ihre Institution Präventionsarbeit für kardiovaskuläre Krankheiten durch? | ☐ Ja ☐ Nein | | |
| | Wenn ja, welche? | | Bitte beilegen: - Beleg für Referate - Publikationen - andere Veranstaltungen und Aktivitäten zum Thema Prävention | |
| | | | | |
| 9.) | Ist Ihre Institution akkreditiert für Rehabilitation PAVK? | ☐ Ja ☐ Nein | Bestätigung | |
| | Seit wann? | Jahr: | | |
| 10.) | Hat Ihre Institution eine Intensivstation oder eine Intermediate Care-Abteilung? | ☐ Ja, Intensivstation☐ Ja, Intermediate-care Abt.☐ Nein | Anerkennung FMH beilegen | |
| | 1 | | 1 | 1 |

| Wer leitet die Intensiva | • | Arzt: Fachgebiet: | Diplom beilegen | |
|--------------------------|---|----------------------|-----------------|--|
| | | | | |

| Frag | en zur Diagnostik / Therapie | | | Beilagen | Bemerkungen |
|------|---|-------------|--------|----------|-------------|
| | | | | | <u> </u> |
| 11.) | Verfügt ihr Haus über ein Institut für | ☐ Ja | □ Nein | | |
| | Radiologie? | | | | |
| | Weiterbildungskategorie | □ A | | | |
| | | □ B | | | |
| | | _ C | | | |
| | Bietet Ihr Haus Folgendes an? | | | | |
| | konventionelle | ☐ Ja | □ Nein | | |
| | Angiographien | | | | |
| | CT-Angiografien | ☐ Ja | □ Nein | | |
| | - MR-Angiografien | ☐ Ja | □ Nein | | |
| | | T | | I | |
| 12.) | Verfügt Ihr Hause über: | | | | |
| | Dopplerdruckmessgeräte? | ∐ Ja | Nein | | |
| | CW-Dopplergeräte? | ☐ Ja | ■ Nein | | |
| | Farbduplexsonographie? | ☐ Ja | □ Nein | | |
| | Laufbandergometrie? | ☐ Ja | □ Nein | | |
| | - Transcutane PO2- | ☐ Ja | □ Nein | | |
| | Messung? | | | | |
| | | | | | |

| Frag | en zur Qualitätssicherung | | | Beilagen | Bemerkungen |
|------|--|---------------------------------|---------------------|---|-------------|
| | | _ | | <u> </u> | |
| 13.) | Verfügt Ihr Hause über eine: - Interne Qualitätssicherung? | □ Ja | ☐ Nein | Bitte spezifizieren und dokumentieren sie diese | |
| | Vaskuläres CIRS? | ☐ Ja | □ Nein | | |
| | Führt Ihr Haus eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz im vaskulären Sektor durch? | ☐ Ja | ☐ Nein | | |
| | Wenn Ja | Wann? | | | |
| | Wenn Ja | Wie ist sie do | kumentiert? | | |
| | Führt Ihr Haus andere interne Qualitätssicherungsmassnahmen im vaskulären Bereich durch? | ☐ Ja | ☐ Nein | Wenn Ja, welche? | |
| 14.) | Führt ihr Haus eine externe Qualitätssicherung durch? Wenn ja, welche? | ☐ Ja ☐ Iso 9001 ☐ CMM ☐ andere: | ☐ Nein ☐ EFQM ☐ KTO | | |
| | Macht Ihr Haus bei Swissvasc mit? | Ja | Nein | | |
| | Macht Ihr Haus bei der Gefässdatenbank SGA mit? | ∐ Ja | ∐ Nein | | |

| Frag | en zur Weiter-und Fortbildung | | | Beilagen | Bemerkungen |
|------|---|------|--------|---|-------------|
| | | T — | | | |
| 15.) | Ist Ihr Haus Ausbildungsstätte A oder B der SGA? | ☐ Ja | ☐ Nein | | |
| | Wenn ja, A oder B? | ☐ A | □ B | | |
| | Ist Ihr Haus Weiterbildungsstätte A oder B der schweiz. Gesellschaft für Gefässchirurgie? | ☐ Ja | ☐ Nein | | |
| | Wenn ja, A oder B? | □ A | В | | |
| | Ist Ihr Haus Weiterbildungsstätte A oder B der schweiz. Gesellschaft für Radiologie? | ☐ Ja | ☐ Nein | | |
| | Wenn ja, A oder B? | ПА | ПВ | | |
| 16.) | Führt Ihr Haus regelmässige aktive interdisziplinäre Fortbildungen durch? | ☐ Ja | ☐ Nein | | |
| | Wenn ja, welche? | | | Bitte Fortbildungsprogramme beilegen | |
| | T= | | | 1 | |
| 17.) | Führt Ihre Institution klinische Forschung durch? | ☐ Ja | ☐ Nein | | |
| | Wenn ja, welche? | | | Bitte listen sie Folgendes der letzten zwei Jahre auf: - Forschungsprojekte - Publikationsliste | |
| | | | | | |

| 18.) | - Abklärungen | Nein Nein Nein | |
|------|--|-----------------------------------|--|
| 19.) | Détail-Statistik der Diagnostik und Therapie: | Bitte speziellen Anhang ausfüllen | |
| 20.) | Fragen zur Durchlässigkeit: | | |
| 20.) | | □ La □ Nia!!a | |
| | Besteht die Möglichkeit, dass in der Weiterbildung aber auch | ☐ Ja ☐ Nein | |
| | im Alltag die nicht-invasive Diagnostik und die | | |
| | Katheterinterventionen von verschiedenen Fachgebieten | | |
| | durchgeführt werden? | | |
| | Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung bei den | Radiologie: % | |
| | konventionellen Angiographien? | Angiologie: % | |
| | | Gefässchirurgie: % | |
| | Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung bei den | Radiologie: % | |
| | peripheren transluminalen Angioplastien? | Angiologie: % | |
| | | Gefässchirurgie: % | |
| | Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung bei der | Radiologie: % | |
| | nicht-invasiven Diagnostik, Dopplerdruckmessung und | Angiologie: % | |
| | Oszillographie? | Gefässchirurgie: % | |
| | Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung bei den | Radiologie: % | |
| | Duplexsonographien? | Angiologie: % | |
| | | Gefässchirurgie: % | |

| _ | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|
| | Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung der | Radiologie: % | |
| | Sprechstunden? | Angiologie: % | |
| | | Gefässchirurgie: % | |
| | Wer führt nach einer Gefässoperation die nicht-invasive | Radiologie: | |
| | Kontrolle postinterventionell durch? | Angiologie: | |
| | | Gefässchirurgie: | |
| | Wer führt die nicht-invasive Kontrolle nach einer | Radiologie: | |
| | Gefässoperation 6 – 12 Wochen nach dem Eingriff durch? | Angiologie: | |
| | | Gefässchirurgie: | |
| | | | |
| | | · | |
| | Wer führt die postinterventionelle Kontrolle nach einem | Fachgebiet, welches den Eingriff | |
| | Katheter-Eingriff durch? | durchgeführt hat: Ja Nein | |
| | | In der Regel anderes Fachgebiet (4- | |
| | | Augenprinzip): | |
| | | Andere Regelung: | |
| | | | |
| | | | |
| | Wer führt die Kontrolle 6 – 12 Wochen nach einem | Fachgebiet, welches den Eingriff | |
| | Kathetereingriffe durch? | durchgeführt hat: Ja Nein | |
| | | In der Regel anderes Fachgebiet (4- | |
| | | Augenprinzip): Ja Nein | |
| | | Andere Regelung: | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Damit kandidieren Sie offiziell für die Akkreditierung zum Gefässzentrum USGG. Die Prüfung der Papiere für Ihre Kandidatur ist kostenpflichtig und wird erst nach Eingang des vereinbarten Betrages vorgenommen. Sie verpflichten sich auch, bei einer späteren Visitation vorschüssig, den für die Visitation fälligen Betrag zu entrichten. Bei Ablehnung Ihres Gesuches nach Sichtung dieser Papiere oder nach erfolgter Visitation sind sie Rekurs berechtigt. Über den Rekurs resp. Ihre Akkreditierung entscheidet letztinstanzlich der Vorstand der USGG. Jeglicher andere Rechtsweg ist bei diesem Akkreditierungsverfahren ausgeschlossen. Sie bestätigen auch, dass Sie mit der Akkreditierung verpflichtet werden, relevante Änderungen in der personellen oder prozessual-infrastrukturellen Struktur des Gefässzentrums dem Board Gefässzentrum USGG innerhalb von 2 Monaten zu melden. Minimal betrifft dies den Wechsel des Leiters eines der drei Fachgebiete oder die Unterschreitung der geforderten minimalen Präsenz-oder Dienstabdeckungen. Mit der Unterschrift bestätigen Sie auch, alle diese Bedingungen zu kennen und zu akzeptieren.

| Ort/ Datum | Anmeldender Partner/Stempel/Unterschrift |
|------------|--|
| Ort/ Datum | 2.Partner/Stempel/Unterschrift |
| Ort/ Datum | 3.Partner/Stempel/Unterschrift |
| Ort/ Datum | Spitaldirektor/Stempel/Unterschrift |
| | |