

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur: Checkliste

FFX (Spezifikation 2024 QSFFx V04)

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-3	Basis
1	<p>Name der Einrichtung</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(max. 100 Zeichen)</p>
2	<p>leistungserbringender Standort</p> <p>Nummer / Kennzeichen des Standorts gemäß dem Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V</p> <p><input type="text"/></p>
3	<p>Institutionskennzeichen</p> <p>IK-Nummer / Haupt-IK-Nummer des Standorts gemäß dem Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V</p> <p><input type="text"/></p>

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur: Checkliste

CHECKLISTE		9-57 Allgemeine Mindestanforderungen	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden		9 Überregionales Traumazentrum	
4 Checkliste		wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1	
4	laufende Nummer der Checkliste	9> Die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind vollständig erfüllt <small>gemäß Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung (siehe Anhang zu Anlage 3)</small> <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
5.1-6 Anlass der Dokumentation		10-37 Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum sind nicht erfüllt	
5.1	Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen	wenn Feld 9 = 0	
1 = ja <input type="checkbox"/>		10>> Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie oder Allgemeine Chirurgie oder Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
5.2	Meldung der Nicht- oder Wiedererfüllung von Mindestanforderungen gemäß § 6 Abs. 1 Satz 3 QSFFx-RL <small>Hinweis: Es ist bzw. sind jeweils nur die betroffene(n) Mindestanforderung(en) zu dokumentieren</small>	wenn Feld 10 = 0	
1 = ja <input type="checkbox"/>		11>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (max. 1000 Zeichen)	
5.3	Abmeldung vom Nachweisverfahren	wenn Feld 12 = 0	
1 = ja <input type="checkbox"/>		13>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (max. 1000 Zeichen)	
wenn Feld 5.1 = 1		wenn Feld 14 = 0	
6>	Art des Nachweises	14>>> Die Anforderungen gemäß § 10 Abs. 2 QSFFx-RL (Ausnahmetatbestand) sind vollständig erfüllt <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
1 = Erstmaliger Nachweis (Erstanmeldung) 2 = Jährlicher Nachweis nach § 6 Abs. 1 Satz 1 (Statusmeldung) 3 = Erneuter Nachweis nach Abmeldung vom Nachweisverfahren (Wiederanmeldung)		wenn Feld 14 = 0	
7 Stichtag		15>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (max. 1000 Zeichen)	
wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.3 = 1		wenn Feld 9 = 0	
7>	Stichtag <small>TT.MM.JJJJ</small>	12>>> Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
8 Meldung der Nicht- / oder Wiedererfüllung von Mindestanforderungen		wenn Feld 16 = 0	
wenn Feld 5.2 = 1		16>> Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
8>	Datum des Eintretens der Nichterfüllung bzw. der Wiedererfüllung <small>TT.MM.JJJJ</small>	wenn Feld 16 = 0	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (max. 1000 Zeichen)		17>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (max. 1000 Zeichen)	

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur: Checkliste

<p>wenn Feld 16 = 1</p> <p>18>>> Der für die Notfallversorgung benannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 22 = 0</p> <p>23>>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>	<p>wenn Feld 9 = 0</p> <p>28>>> Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>wenn Feld 18 = 0</p> <p>19>>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>	<p>wenn Feld 9 = 0</p> <p>24>>> Es ist jeweils ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 28 = 0</p> <p>29>>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>
<p>wenn Feld 16 = 1</p> <p>20>>>> Die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft verfügt über die Weiterbildung „Notfallpflege“</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 24 = 0</p> <p>25>>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>	<p>wenn Feld 9 = 0</p> <p>30>>>> Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>wenn Feld 20 = 0</p> <p>21>>>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>	<p>wenn Feld 9 = 0</p> <p>26>>>> Die Intensivstation verfügt über mindestens sechs Intensivtherapiebetten</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 30 = 0</p> <p>31>>>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>
<p>wenn Feld 16 = 1</p> <p>22>>>>> Der für die Notfallversorgung benannte Arzt und die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 26 = 0</p> <p>27>>>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>	<p>wenn Feld 9 = 0</p> <p>32>>>> Es ist ein Schockraum verfügbar</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>0 = nein 1 = ja</p>

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur: Checkliste

<p>wenn Feld 9 = 1</p> <p>48>> C - Räumliche Anforderungen - Notaufnahme: Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 52 = 0</p> <p>53>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>	<p>58-71 Spezifische Mindestanforderungen</p> <p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>58> Die Versorgung der Patienten erfolgt in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung, die eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>wenn Feld 48 = 0</p> <p>49>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>	<p>wenn Feld 9 = 1</p> <p>54>>> E - Ausstattung/apparative Ausstattung: Erfüllung aller 18 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 58 = 0</p> <p>59>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>
<p>wenn Feld 9 = 1</p> <p>50>> C - Räumliche Anforderungen - Operationsabteilung: Erfüllung der Mindestanforderung gemäß dem Anhang zu Anlage 3</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 54 = 0</p> <p>55>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>	<p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>60> Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 QSFFx-RL beschriebenen Operationen erfolgt durch oder unter Anleitung und Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>wenn Feld 50 = 0</p> <p>51>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>	<p>wenn Feld 9 = 1</p> <p>56>>> E - Ausstattung/apparative Ausstattung: Erfüllung aller 3 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 60 = 0</p> <p>61>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>
<p>wenn Feld 9 = 1</p> <p>52>> D - Personelle Ausstattung der Intensivstation: Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 56 = 0</p> <p>57>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>(max. 1000 Zeichen)</p>	

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur: Checkliste

<p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>62> Die ärztliche Versorgung in der Fachabteilung ist durch eine täglich 24 stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sichergestellt, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>66> Für Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung gewährleistet</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>wenn Feld 66 = 0</p> <p>67>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: right;">(max. 1000 Zeichen)</p> <p>wenn Feld 66 = 0</p> <p>68>> Die Anforderungen gemäß § 12 Abs. 1 QSFFx-RL (Übergangsregelung zur geriatrischen Versorgung) sind erfüllt</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>wenn Feld 68 = 0</p> <p>69>>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: right;">(max. 1000 Zeichen)</p> <p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>70> Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten/ eine Physiotherapeutin steht täglich für jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 70 = 0</p> <p>71>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: right;">(max. 1000 Zeichen)</p> <div style="background-color: #006666; color: white; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold;">72-85 Mindestanforderungen an die Prozessqualität</div> <p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>72> Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit"</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>wenn Feld 72 = 0</p> <p>73>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: right;">(max. 1000 Zeichen)</p> <p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>74> Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP Kapazitäten, Planung von OP-Teams"</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur: Checkliste

<p>wenn Feld 74 = 0</p> <p>75>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <p style="text-align: right;"><small>(max. 1000 Zeichen)</small></p>	<p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>80> Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)"</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>wenn Feld 80 = 0</p> <p>81>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <p style="text-align: right;"><small>(max. 1000 Zeichen)</small></p>	<p>wenn Feld 84 = 0</p> <p>85>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <p style="text-align: right;"><small>(max. 1000 Zeichen)</small></p>
<p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>76> Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Operationsverfahren"</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>82> Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Orthogeriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischen Screening"</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p style="background-color: #004a7c; color: white; padding: 2px;">86 Aktueller Status</p> <p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>86> Erfüllung der Mindestanforderungen gemäß Checkliste</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>wenn Feld 76 = 0</p> <p>77>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <p style="text-align: right;"><small>(max. 1000 Zeichen)</small></p>	<p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>83>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <p style="text-align: right;"><small>(max. 1000 Zeichen)</small></p>	<p>wenn Feld 82 = 0</p> <p>84> Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Physiotherapeutische Maßnahmen"</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>78> Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Umgang mit gerinnungshemmender Medikation"</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>84> Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Physiotherapeutische Maßnahmen"</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	
<p>wenn Feld 78 = 0</p> <p>79>> Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</div> <p style="text-align: right;"><small>(max. 1000 Zeichen)</small></p>	<p>wenn Feld 5.1 = 1 oder wenn Feld 5.2 = 1</p> <p>84> Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP "Physiotherapeutische Maßnahmen"</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	