Fragebogen zur Zertifizierung eines Schädelbasiszentrums der Gesellschaft für Schädelbasischirurgie (GSB)

Die GSB ist sich einig, dass die chirurgischen Fachgebiete Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Neurochirurgie als Hauptfachabteilungen oder in Form einer qualifizierten Kooperation vertreten sein müssen und die Fachvertreter als ordentliche Mitglieder der GSB geführt werden.

1. **Bezeichnung des Schädelbasiszentrums, Name und Adresse**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

**Ansprechpartner/Sprecher des Schädelbasiszentrums**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Formale Gestaltung**

 Satzung [ ]

 Kooperationsvereinbarung [ ]

 Sonstiges:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Klinik/Institution/Kooperationspartner im institutionalisierten Schädelbasiszentrum?**

a) Chirurgische Kooperationspartner (ordentliche Mitglieder der GSB):

Neurochirurgie

*Ansprechpartner, Anschrift*

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

*Ansprechpartner, Anschrift*

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

*Ansprechpartner, Anschrift*

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

b) Weitere Kooperationspartner:

Pathologie / Neuropathologie

*Ansprechpartner, Anschrift*

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Neuroradiologie / Radiologie

*Ansprechpartner, Anschrift*

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Ophthalmologie

*Ansprechpartner, Anschrift*

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Radioonkologie

*Ansprechpartner, Anschrift*

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Anatomie

*Ansprechpartner, Anschrift*

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Weitere:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

*Ansprechpartner, Anschrift*

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

*Ansprechpartner, Anschrift*

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechung und Sprechstunden**

a) Wöchentlich [ ]

b) Monatlich [ ]

c) Unregelmäßig [ ]

d) Gar nicht [ ]

e) Andere Version (bitte beschreiben):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Inhalte der Konferenzen**

a) Gemeinsame Fallbesprechung [ ]

b) Patientendemonstration [ ]

c) Fortbildungsthemen [ ]

1. **Weitere Veranstaltungen zum Thema Schädelbasischirurgie vom Zentrum organisiert**

a) Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen [ ]

b) Kongresse [ ]

c) Beteiligung an anderen Veranstaltungen (bitte benennen):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 --------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring**

a) Ja [ ]

b) Nein [ ]

1. **Gemeinsame Behandlung von Patienten**

a) Gemeinsame Operationen [ ]

b) Intermodale Therapien (Operation und Radiotherapie oder Chemotherapie) [ ]

1. **Klinische Behandlungspfade**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Einheitliche Ergebnisdokumentation**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Weiterbildungsprogramm für Schädelbasischirurgie**

a) Curriculum [ ]

b) Austausch von Mitarbeitern [ ]

c) Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen [ ]

d) Präparationskurse [ ]

1. **Infrastruktur des Schädelbasiszentrums**

a) Sekretariat [ ]

b) Datenbank [ ]

c) Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement [ ]

1. **Anmerkungen und Ergänzungen**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

--------------------------------------------------------------------------------------------