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.

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