


Anhang zum Qualitätsbericht gemäß Abschnitt 6.4.2.3 der Richtlinie Hämotherapie

 ärztekammer niedersachsen	Qualitätssicherung Hämotherapie
Qualitätsbericht Hämotherapie Berichtszeitraum _____	
Vorlage für den Qualitätsbericht gemäß Abschnitt 6.3 der „Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen“ Berichtsversion zur Meldung an die Ärztekammer Niedersachsen	
Name der Einrichtung der Krankenversorgung	
Ort	
Qualitätsbeauftragter Hämotherapie (QBH) (Titel, Vorname, Name, E-Mail-Adresse, Datum, Unterschrift)	

Werden hämatopoetische Stammzellzubereitungen angewendet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja,		
1. Werden Transplantationen regelmäßig und kontinuierlich durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
2. Ist die räumliche und personelle Ausstattung entsprechend der Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen ausreichend?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
3. Hat der Leiter der Transplantationseinheit eine 2-jährige Berufserfahrung nach Abschluss der Facharzt- bzw. Schwerpunkt-Weiterbildung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
4. Wurde ein Hygienemonitoring im vorausgegangenen Kalenderjahr durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5. Erfolgt die Meldung aller durchgeführten Transplantationen an ein Register (z. B. Deutsches Register für Stammzelltransplantationen)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>