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

Straße

PLZ, Ort

Qualitätsbeauftragter Hämotherapie (QBH)
(Titel, Vorname, Name, E-Mail-Adresse, Datum, Unterschrift)

Werden hämatopoetische Stammzellzubereitungen angewendet? ja ☐ nein ☐

Wenn ja,

1. Werden Transplantationen regelmäßig und kontinuierlich durchgeführt? ja ☐ nein ☐
2. Ist die räumliche und personelle Ausstattung entsprechend der Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen ausreichend? ja ☐ nein ☐

a

3. Hat der Leiter der Transplantationseinheit eine 2-jährige Berufserfahrung nach Abschluss der Facharzt- bzw. Schwerpunkt-Weiterbildung? ja ☐ nein ☐
4. Wurde ein Hygienemonitoring im vorausgegangenen Kalenderjahr durchgeführt? ja ☐ nein ☐
5. Erfolgt die Meldung aller durchgeführten Transplantationen an ein Register (z. B. Deutsches Register für Stammzell-transplantationen)? ja ☐ nein ☐