


## Anhang zum Qualitätsbericht gemäß Abschnitt 6.4.2.3 der Richtlinie Hämotherapie

 <b>ärztekammer niedersachsen</b>	Qualitätssicherung Hämotherapie
<b>Qualitätsbericht Hämotherapie</b> 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	
<b>Name der Einrichtung der Krankenversorgung</b>	
<b>Ort</b>	
<b>Qualitätsbeauftragter Hämotherapie (QBH)</b> (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"/>