

Anmeldung und Information Netzwerkzertifizierung

Identifikation: WS72
Version: A
Datum: 01.12.2017



Seite 1 von 2

Welche Einrichtungen wollen eine Netzwerkzertifizierung erreichen: Wählen Sie ein Element aus.
Welche Einrichtungen wollen eine Netzwerkzertifizierung erreichen: Wählen Sie ein Element aus.
Welche Einrichtungen wollen eine Netzwerkzertifizierung erreichen: Wählen Sie ein Element aus.
Welche Einrichtungen wollen eine Netzwerkzertifizierung erreichen: Wählen Sie ein Element aus.
Welche Einrichtungen wollen eine Netzwerkzertifizierung erreichen: Wählen Sie ein Element aus.

Weitere bitte in einem extra Formblatt ergänzen, anzufordern bei der QM-Geschäftsstelle

Trägerzugehörigkeit:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Konzern/ Verbandszugehörigkeit:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Anzahl der zu zertifizierenden Einrichtungen:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Koordinationsstelle:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Adresse Netzwerksprechers:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Telefonnummer Netzwerksprecher:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
E-Mailadresse:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Name des Netzwerksprechers:	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bestätigung des harmonisierten Wundmanagements: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)
Unterschrift Netzwerksprecher

Ein Vertrag für die Zusammenarbeit des Netzwerkes liegt für alle teilnehmenden Einrichtungen vor:

ja nein

wird demnächst geschlossen: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Zertifizierung nach ISO 9001:2015 für Einzeleinrichtungen gewünscht: ja nein

Allgemeine Informationen:

- Es müssen ein Netzwerksprecher und eine Koordinationsstelle als Ansprechpartner vorhanden sein.
- Innerhalb von 3 Jahren müssen alle Standorte des Netzwerkes/ Unternehmens von Fachauditoren der QM-Geschäftsstelle der ICW e.V. auditiert werden.
- Alle Standorte verpflichten sich, jährlich interne Audits durchzuführen und vorzulegen.
- Alle Standorte verpflichten sich, einen Jahresbericht zu erstellen.
- Die Prozesse können unterschiedlich sein.

Auditdauer

- Die Funktion der Koordinationsstelle wird mit einem ½ Arbeitstag auditiert.
- Alle anderen Zeiten für die medizinisch-fachlichen Prüfungen bleiben bestehen.

Bericht

- Jeder Standort erhält einen eigenen Bericht. Es werden Stärken und Verbesserungspotenzial benannt
- Nachweislich muss ein Protokoll für ein Netzwerktreffen die Zusammenfassung der internen Auditergebnisse und deren Diskussion beinhalten

Erstellt/Revidiert: QMB	Überprüft/Freigegeben: GF mamedicon
Datum: 01.12.2017	Datum: 01.12.2017

Anmeldung und Information Netzwerkzertifizierung

Identifikation: WS72
Version: A
Datum: 01.12.2017



Seite 2 von 2

Zertifikate

- Es wird ein Zertifikat erstellt mit einer Liste der Standorte.
- Zertifikate können mehrere Standorte beinhalten, vorausgesetzt jeder Standort, der im Geltungsbereich der Zertifizierung enthalten ist, wurde von der QM-Geschäftsstelle der ICW e.V. im gesamten Auditverfahren auditiert.

Aufgaben einer Koordinationsstelle

- Festlegen und Abfordern von Themen und Daten für das Jahresnetzwerktreffen.
- Regelmäßige Wundmanagementtreffen mindestens 2x im Jahr organisieren

Inhalte des Jahresberichts sind:

- Ziele der Einrichtung zum Wundmanagementsystem
- Aussagen zu Systemdokumentation und Systemveränderungen
- Bewertung des Wundmanagementsystems
- Fehler-, Beschwerden und Kundenrückmeldungen
- Planung interner Audits
- Ergebnisse der Audits
- Risiko- und Chancenbewertung im Wundmanagement
- Bewertung der extern bereitgestellten Produkte und Dienstleistungen
- Änderungen die Auswirkungen auf das Wundmanagement haben

Aufgaben der teilnehmenden Standorte

- Anerkennen der Rolle des Netzwerksprechers
- Interne Audits durchführen und deren Ergebnisse die/den externe/n Auditor/in senden
- Bericht an die/den externe/n Auditor/in senden
- Fehler- und Beschwerden-Erfassung
- Durchführen der Patientenbefragungen und Auswertungen
- Umsetzen von Korrekturmaßnahmen
- Teilnahme an Wundmanagement- und Netzwerktreffen
- Bereitstellen der Ressourcen für externe Audits

Gewünschter Audittermin: cc

Datum: [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#)

[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Unterschrift: Leitung Koordinationsstelle

Anlagen:

Liste aller teilnehmenden Standorte
Vertrag Netzwerk

Bitte per E-Mail an die Wundsiegel QM-Geschäftsstelle ICW e.V.: m.lange@mamedicon.de

Erstellt/Revidiert: QMB	Überprüft/Freigegeben: GF mamedicon
Datum: 01.12.2017	Datum: 01.12.2017