



Institut für Qualität  
im Gesundheitswesen Nordrhein  
Einrichtung einer Körperschaft öffentlichen Rechts

## Qualitätssicherung in der Hämotherapie

Bereich:



### Erklärung zur Qualitätssicherung in der Hämotherapie

bei der Regelung nach Sonderfall 6.4.2.3.1

Einrichtungskennung: AZ \_\_\_\_\_

Berichtsjahr: \_\_\_\_\_

PEI-ID: \_\_\_\_\_

Bitte senden an:

IQN – Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein  
Hämotherapie  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

#### Ärztlicher Leiter

(Titel) Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Transfusionsverantwortlicher Arzt** (*falls abweichend vom ärztliche Leiter und in der Einrichtung tätig*):

(Titel) Vorname, Name: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an!

#### Art und Umfang der Qualitätssicherung

- Ich bin zum vollumfänglichen Nachweis eines Qualitätssicherungssystems nach Hämotherapie-Richtlinien verpflichtet. (Bitte entsprechende Unterlagen einreichen).
- Ich versichere, dass in der von mir als Transfusionsverantwortlicher geführten Einrichtung der Krankenversorgung im vergangenen Jahr folgende Voraussetzungen gemäß 6.4.2.3.1. der Hämotherapie-Richtlinien eingehalten wurden:

- Es werden jährlich weniger als 50 Erythrozytenkonzentrate transfundiert.
- Andere Blutkomponenten oder Plasmaderivate zur Behandlung von Hämostasestörungen werden **nicht** angewendet.
- Es werden regelmäßig nur einem Patienten zum selben Zeitpunkt Erythrozytenkonzentrate transfundiert.

**Qualifizierung des Transfusionsverantwortlichen:**

- Facharzt für Transfusionsmedizin
- Facharzt mit der Zusatzbezeichnung "Bluttransfusionswesen"
- Facharzt **und folgende zusätzlichen Nachweise:**
  - theoretische, von einer Ärztekammer anerkannte Fortbildung (Kursteil A und B).
  - zweiwöchige Hospitation in einer zur Weiterbildung für Transfusionsmedizin zugelassenen Einrichtung (nicht erforderlich bei der Regelung nach Sonderfall 6.4.2.1.3).
- Ich übe die Funktion als Transfusionsverantwortlicher auf der Grundlage der bis 2002 bestehenden Übergangsvorschriften, die von der ÄKNO zeitgerecht anerkannt wurden, aus.

**Unterlagen**

**Eine vom Transfusionsverantwortlichen für die Einrichtung unterzeichnete Arbeitsanweisung zur Transfusion eines Erythrozytenkonzentrats**

- liegt diesem Schreiben bei.
- liegt diesem Schreiben in aktualisierter Form bei.
- liegt dem IQN seit dem (Datum) \_\_\_\_\_ bereits vor und kommt unverändert zum Einsatz.

**Der Beleg der Meldung nach § 21 TFG an das Paul-Ehrlich-Institut für das vorausgegangene Kalenderjahr (Seiten 1 bis 4)**

- liegt diesem Schreiben bei.
- wurde dem IQN mit Schreiben vom (Datum) \_\_\_\_\_ vorgelegt.

**Beleg über Qualifizierungsmaßnahmen:**

- Kursbescheinigung Block A und B
- Bescheinigung Hospitation (*bei der Regelung nach Sonderfall 6.4.2.1.3 nicht erforderlich*)
  - liegt bei
  - liegt bereits vor
  - wird nachgereicht bis \_\_\_\_\_.

Stempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Transfusionsverantwortlichen

**Änderungen der vorstehenden Angaben werden unverzüglich dem IQN mitgeteilt.**