

Peer-Review-Bericht ÖGD

Kopfbogen des Peer Reviews vom:		
Name des Gesundheitsamtes:		
Adresse:		
Telefon, Fax, E-mail:		
Kontaktpersonen	Name	Kontaktdaten (E-Mail)
Amtsleiter:		
Peer-Review-Koordinator: Peer: Peer: Peer: Peer:		
Ansprechpartner/Teilnehmer seitens der Ärztekammer:		
Übersicht über das Verfahren und den Zeitplan		
Aktivität	Ergebnis	
• Selbstbewertung (ÖGD-Fragen-Bogen)	liegt vor ☐	liegt nicht vor ☐
Peer Besuch:		
• Fremdbewertung (ÖGD-Fragen-Bogen)	erfolgt ☐	nicht erfolgt ☐
• Stärken-Schwächen identifiziert	erfolgt ☐	nicht erfolgt ☐
• Qualitätsziele für Optimierungspotenzial festgelegt	erfolgt ☐	nicht erfolgt ☐
• Lösungsvorschläge und Maßnahmen festlegen	erfolgt ☐	nicht erfolgt ☐
Anwendungsbereich für das Peer Review	☐ Teilbereiche ggf. einzeln eintragen	

Ort, Datum:

Unterschriften der Peers:

Peer-Review-Bericht

Ergebnisse Teil 1: Strukturdaten

(MA-Anzahl, Standorte, Anzahl Ärzte, ...)

	Vorhanden	In Planung	Nicht vorhanden
Fehlermanagement	☐	☐	☐
Beschwerdemanagement	☐	☐	☐
Berichtswesen Finanzdaten	☐	☐	☐
Berichtswesen Leistungen	☐	☐	☐
Teambesprechungen	☐	☐	☐
einheitliche Hygienepläne	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

b) Zusammenfassung der Strukturdaten

Peer-Review-Bericht

Ergebnisse Teil 2: Stärken-Schwächen-Analyse

Stärken:

Schwächen:

Chancen:

Gefahren:

Abschließende Bewertung einschließlich festgelegter Qualitätsziele, Lösungsoptionen und Maßnahmen:

BEST PRACTICE

Bitte notieren Sie hier Beispiele von Stärken im Sinne der Best Practice, die die besuchte Einrichtung anderen Gesundheitsämtern zur Verfügung stellt: