

A. Anforderungen an die direkte OP-Umgebung			
A1) Technische Anforderungen an die direkte OP-Umgebung:			
	Spezifikationen	erfüllt	nicht erfüllt
1a	Eine raumlufttechnische Anlage wird, angepasst an das Eingriffsspektrum, vorausgesetzt (keine Fensterlüftung). ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Bei Verwendung von Anästhesiegasen: Einhalten der SUVA Richtlinien (MAK-Werte) Gilt auch bei ambulanter Anästhesie ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2) Bauliche Anforderungen an die direkte OP-Umgebung:			
	Spezifikationen	erfüllt	nicht erfüllt
5	Separater Desinfektions-/ Waschplatz für Operateur und OP-Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6a	Dem OP-Saal direkt vorgeschalteter Patientenvorbereitungsraum mit Sauerstoff und Absaugvorrichtung oder Vakuum (fest oder mobil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sterilisation/Instrumentenaufbereitung: Ausserhalb Operationsraum und/oder Benutzung einer praxisexternen Sterilisation/Instrumentenaufbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Liegende Evakuierung des Patienten möglich (Lift oder Treppenhaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Anforderungen des Operationssaals			
B1) Technische Anforderungen des Operationssaals:			
	Spezifikationen	erfüllt	nicht erfüllt
1a	Mediengasversorgung fest oder mobil mit Sauerstoff und Absaugvorrichtung oder Vakuum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a	Eine raumlufttechnische Anlage wird, angepasst an das Eingriffsspektrum, vorausgesetzt (keine Fensterlüftung). ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2) Bauliche Anforderungen des Operationssaals:			
	Spezifikationen	erfüllt	nicht erfüllt
3	Netto-Nutzfläche des Operationssaals (Mindestfläche Praxis-OP: 13m ²)	<input type="checkbox"/> m ²	
3a	Operatioossaal wird nicht als Sprechzimmer benutzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Fugenloser antistatischer, abwaschbarer und desinfizierbarer Bodenbelag; abwaschbarer und desinfizierbarer Wandbelag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Anforderungen an Anerkennungskriterien 4.4 Spartenkonzept: Hinsichtlich der technischen und baulichen Vorgaben können zusätzliche Vorschriften bestehen, welche nicht in den Einflussbereich von TARMED fallen. Bei der Anerkennung geht man davon aus, dass der Betreiber der Sparte die zum Zeitpunkt der Anerkennung massgebenden Vorschriften einhält.

² Wenn im beantragten Praxis-OP Anästhesiegase verwendet werden, müssen die SUVA Richtlinien (MAK-Werte) zwingend eingehalten werden.

B3) Medizintechnik im Operationssaal			
	Spezifikationen	erfüllt	nicht erfüllt
6	Schwenkbare und höhenverstellbare OP-Deckenleuchte oder adäquate Ausleuchtung des OP-Feldes, entsprechend den üblichen Anforderungen an die Fachspezialität. Das Beleuchtungssystem ist zu benennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	OP-Tisch, verstellbar (Trendelenburg, Höhe, elektrisch oder mechanisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Patientenmonitoring mittels Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Reanimations-Koffer zur Behebung von Komplikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Möglichkeit zur Dokumentation und/oder Überwachung chirurgischer Eingriffe mittels fachspezifischem bildgebendem Verfahren. Das Verfahren ist zu benennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Personelle Voraussetzungen			
	Spezifikationen	erfüllt	nicht erfüllt
1	Anzahl qualifiziertes OPS-Pflegepersonal (Instr. Sr. oder TOA, ohne Hilfspersonen, 100%-Stellen) pro Operationssaal im Durchschnitt 0.5:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Allgemeine Angaben	
Inbetriebnahme (Monat und Jahr) des Praxis-OP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:	

Die Selbstdeklaration hat den Status einer Urkunde. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, vollständige und wahrheitsgetreue Angaben gemacht zu haben

Ort / Datum :

Unterschrift des Inhabers :

- Beilagen:
- Original-Plan des OP-Bereiches und der gesamten Praxis im Massstab 1:50 mit präzisen Raumbezeichnungen
 - Patientenweg eingezeichnet
 - Unterschrift und Datum des Praxisinhabers auf den Plänen



Jede Frage muss beantwortet werden, ansonsten wird das Gesuch retourniert!