

## Nachträgliche Aufnahme in ein zertifiziertes TraumaNetzwerk

Sehr geehrte Damen und Herren,

dieses Formular dient der Bestätigung und offiziellen Aufnahme eines bescheinigten Traumazentrums in ein bestehendes, bereits zertifiziertes TraumaNetzwerk.

In folgenden Fällen muss das Formular ausgefüllt werden:

1. Wechsel eines bereits bescheinigten Traumazentrums in ein anderes TraumaNetzwerk
2. Aufnahme eines erstauditierten Traumazentrums in ein zertifiziertes TraumaNetzwerk

Der Ablauf zur Einreichung dieses Formulars verläuft wie folgt:

### 1. Wechsel des TraumaNetzwerks:

- a. Rücksprache mit dem Sprecher des neuen Netzwerkes
- b. Information über und Gespräch mit dem Sprecher des momentan zugehörigen TraumaNetzwerks
- c. Information über den Wechsel an die AUC Geschäftsstelle mit ausgefülltem Formular (Original per Post, Fax/E-Mail gerne vorab)
- d. Rückmeldung an das Traumazentrum und Änderung der Zuordnung im TraumaPortal durch die AUC Geschäftsstelle sowie Weiterleitung der Information an das zuständige Zertifizierungsunternehmen

### 2. Aufnahme eines erstauditierten Traumazentrums in ein TraumaNetzwerk:

- a. Bereits bei Anmeldung für eine Erstauditierung muss die Angabe des Netzwerks erfolgen, in das die Klinik integriert ist (vorherige Rücksprache mit dem Netzwerk-Sprecher vorab sinnvoll)
- b. Spätestens bis zur erfolgreichen Auditierung ist das Formular im Original ausgefüllt an die AUC Geschäftsstelle zu senden (vorab gerne als Fax/E-Mail)
- c. Weiterleitung der Information an das zuständige Zertifizierungsunternehmen durch die AUC Geschäftsstelle und Freigabe zur Zertifizierung

Sollten Sie Fragen zum Formular oder zu den Abläufen haben, können Sie sich gerne an die AUC Geschäftsstelle Netzwerke und Versorgungsstrukturen - Bereich TNW (Telefon: +49 (0)89 540481 210, E-Mail: [tnw@auc-online.de](mailto:tnw@auc-online.de)) wenden.



## Antrag auf nachträgliche Aufnahme in ein zertifiziertes TraumaNetzwerk

1. Hiermit bestätige ich, Frau/Herr \_\_\_\_\_ ,  
Leiter / Chefarzt / Direktor der Abteilung/Klinik für Unfallchirurgie am

\_\_\_\_\_  
(Name Krankenhaus und Stadt)

dass ich die Kooperationsvereinbarung gelesen habe und meine Klinik am TraumaNetzwerk

\_\_\_\_\_  
(Name TraumaNetzwerk)

teilnimmt.

2. (optional) Unsere Klinik wird nach Rücksprache mit dem Sprecher des TraumaNetzwerks teilnehmen als spezielles Behandlungszentrum für

- Schwerbrandverletzte
- Kindertraumatologie
- Rückenmarksverletzte
- Replantationen
- spezielle Rehabilitation

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Chefarzt

Kennntnisnahme Netzwerksprecher:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Sprecher