

## 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 zertifiziertes 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 Netzwerks
- b. Information über und Gespräch mit dem Sprecher des momentan zugehörigen TraumaNetzwerks
- c. Information über den Wechsel an die AUC mit ausgefülltem Formular (gerne eingescannt per E-Mail)
- d. Rückmeldung an das TraumaZentrum und Änderung der Zuordnung im TraumaPortal durch die AUC 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 Netzwerksprecher vorab sinnvoll)
- b. Spätestens bis zur erfolgreichen Auditierung ist das Formular ausgefüllt an die AUC zu senden (gerne eingescannt per E-Mail)
- c. Weiterleitung der Information an das zuständige Zertifizierungsunternehmen durch die AUC und Freigabe zur Erstellung des Zertifikats

Sollten Sie Fragen zum Formular oder zu den Abläufen haben, können Sie sich gerne an die AUC (Telefon: +49 (0)89 540481 210, E-Mail: [support@auc-online.de](mailto:support@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 als spezielles Behandlungszentrum teilnehmen für:

- Schwerbrandverletzte
- Kindertraumatologie
- Rückenmarksverletzte
- Replantationen
- spezielle Rehabilitation

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

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

Kenntnisnahme Netzwerksprecher:

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

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