

Name: _____

Für die Vervollständigung der Unterlagen zum Beitritt zum Lymphnetz Mitteldeutschland e.V. benötigte Unterlagen:

	Vorhanden (liegt bei)	Nicht vorhanden	Zustimmung	Keine Zustimmung
Approbation (Arzt)				
Lymphologische Weiterbildung (Arzt) (für Zertifizierung)				
Weiterbildung (alle 2 Jahre)				
Zustimmung zur Umsetzung der Qualitätskriterien des Lymphnetzes				
Orientierung an den AWMF Leitlinien „Diagnostik und Therapie von Lymphödemen				
Zustimmung zur aktiven Mitarbeit im Lymphnetz				
Präqualifizierung (SH) pro Filiale				
Mind. 2 Jahre phlebologische Erfahrung pro Fachkraft				
Leitliniengerechte Fortbildung und Dokumentation pro Fachkraft				
BUFA Seminar (Lymphologische Leitung)				
Nachweis von 20 Bestrumpfungen bei Ödempatienten pro Jahr (Herstellernachweis)				
Nachweis von 100 Bestrumpfungen bei Ödempatienten pro Jahr (Herstellernachweis) (für Zertifizierung) <small>Nachweis über Herstellerstatistik; nicht benötigte Daten können geschwärzt werden</small>				
Patientendokumentation (nach BUFA Vorgaben)				
Nachweis über Brustprothetik und Miederversorgung (für Zertifizierung)				
Refresher (alle 2 Jahre)				
Zustimmung zur aktiven Mitarbeit im Lymphnetz				
Lymphtherapeutische Ausbildung (Physio)				
Hausbesuche				
Lymphologische Kompressionsbandagierung mit Umfangsmessung				
Schnelle Interdisziplinäre Abstimmung zur Patientenversorgung				
Pro Jahr mind. 250 Lymphdrainagen (für Zertifizierung) <small>Nachweis über Abrechnungsstatistik; nicht benötigte Daten können geschwärzt werden</small>				
Zustimmung zur aktiven Mitarbeit im Lymphnetz				

Datum, Unterschrift Mitglied