



Reglement – Anhang IV

für die Zertifizierung von Brustzentren

Krebsliga Schweiz / Schweizerische Gesellschaft für Senologie

Dieser Anhang ist in Deutsch und Französisch abgefasst. Bei Widersprüchen ist die deutsche Version massgebend.

Das vorliegende Dokument mit Stand Mai 2018 ist für alle ab dem 01.06.2018 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden.

Kontakt

Krebsliga Schweiz
Geschäftsstelle Qualitätslabel
Effingerstrasse 40
3008 Bern
q-label@krebssliga.ch

© KLS / SGS
Version: Mai 2018 (mit kleiner formaler
Änderung in 2020)

Zuständigkeit: Geschäftsstelle Q-Label

A. Erstzertifizierung

Vier Wochen vor dem Audit einzureichende Unterlagen (in elektronischer Form)

1. Letzter veröffentlichter Jahresbericht bzw. Geschäftsbericht
2. Liste der Personen, die an den Gesprächen 1 – 9 des Audits teilnehmen (Name, Vorname, Funktion)
3. Liste der Kernteammitglieder
4. Verzeichnis aller klinisch tätigen Mitarbeitenden (Name, Vorname, Funktion, Stellenpensum)
5. Liste der Unterlagen, welche Sie am Audit-Tag zur Einsicht aufzulegen gedenken (siehe auch Anhang V: Am Audit-Tag zur Einsicht aufzulegende Unterlagen)
6. Leitbild des Brustzentrums
7. Organigramm des Brustzentrums, evtl. Situationsplan der verschiedenen Standorte und Gebäude
8. Statuten, Organisationsreglement
9. Beschreibung, welche klinische Funktion der Leiter des Brustzentrums einnimmt
10. Schriftliche Unterlage über die Patientenrechte
11. Beschwerdeformular/Feedbackformular (blank)
12. Standardfragebogen zu genetischen Risiken (blank)
13. Behandlungs- und Prozessrichtlinien

B. Re-Zertifizierung

Vier Wochen vor dem Audit einzureichende Unterlagen (in elektronischer Form)

1. Letzter veröffentlichter Jahresbericht bzw. Geschäftsbericht
2. Liste der Personen, die an den Gesprächen des Audits teilnehmen (Name, Vorname, Funktion)
3. Liste der Kernteammitglieder
4. Verzeichnis aller klinisch tätigen Mitarbeitenden (Name, Vorname, Funktion, Stellenpensum)
5. Liste der Unterlagen, welche Sie am Audit-Tag zur Einsicht aufzulegen gedenken (siehe auch Anhang V: Am Audit-Tag zur Einsicht aufzulegende Unterlagen)
6. Leitbild des Brustzentrums
7. Organigramm des Brustzentrums, evtl. Situationsplan der verschiedenen Standorte und Gebäude
8. Statuten, Organisationsreglement
9. Beschreibung, welche klinische Funktion der Leiter des Brustzentrums einnimmt
10. Schriftliche Unterlagen über die Patientenrechte
11. Behandlungs- und Prozessrichtlinien
12. Selbstbewertung der Qualitätskriterien
13. Management Summary:
 - a. Einleitung
 - b. Veränderungen (personell, infrastrukturell, etc.)
 - c. Schwerpunkte seit dem letzten Audit
 - d. Umgang mit den im Auditbericht formulierten Empfehlungen und Auflagen
 - e. Umgang mit dem im Auditbericht formulierten Entwicklungspotenzial
 - f. Umgang mit den Feststellungen in den Berichten zum Monitoring
 - g. Ausblick