

**Erklärung über die Sicherstellung des Patientengutes**  
für die Durchführung von Weiterbildungen in Manueller Lymphdrainage  
entsprechend den Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V

**1. Die Weiterbildungsstätte:**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**ist angebunden an/kooperiert mit:**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**2. Hierbei handelt es sich um (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

**eine lymphologische Klinik**

**eine lymphologische Fachabteilung**

**eine lymphologische ambulante Schwerpunktpraxis**

wenn ja, ärztlich  oder physiotherapeutisch ,  
der Anteil lymphologischer Behandlungen an Gesamtbehandlungen beträgt \_\_\_\_\_%.

mit \_\_\_\_\_ (Anzahl bitte einfügen) **lymphologischen Patienten im Jahr**

oder

mit \_\_\_\_\_ (Anzahl bitte einfügen) **Behandlungen pro Jahr bei Patienten mit lymphologischen Krankheitsbildern.**

Auf Anforderung durch den Verband der Ersatzkassen e.V. wird hierzu ein aussagefähiger Nachweis übermittelt.

**3. Das Patientengut wird sichergestellt, indem (Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

die Weiterbildung in den Räumlichkeiten der Klinik/Schwerpunktpraxis stattfindet, so dass das Patientengut jederzeit zur Verfügung steht

die Patientendemonstrationen in Form von Kliniktagen an \_\_\_\_\_ Tagen (Anzahl bitte einfügen) während des Therapiekurses durchgeführt werden

die Patienten an \_\_\_\_\_ Tagen (Anzahl bitte einfügen) während des Therapiekurses in die Weiterbildungsstätte gebracht werden

**4. Wie viele Patienten werden pro Kurs mindestens vorgestellt?**

	<b>Anzahl</b>
<input type="checkbox"/> persönlich	_____
<input type="checkbox"/> durch Diademonstrationen	_____
<input type="checkbox"/> keine	_____

5. Durchschnittlich werden folgende Krankheitsbilder vorgestellt:	Anzahl
<input type="checkbox"/> Primäres Lymphoedem	_____
<input type="checkbox"/> Sekundäres Lymphödem	_____
<input type="checkbox"/> Lipoedem und Kombinationsformen	_____
<input type="checkbox"/> Posttraum./postoperatives Oedem/traumat. Oedem	_____
<input type="checkbox"/> Phlebolymphostatisches Oedem/Phleboedem	_____
<input type="checkbox"/> Idiopathisches Oedem	_____
<input type="checkbox"/> Sonstige.....	_____

**6. Erfolgt die Patientenvorstellung ...**

...bei einer Behandlungsdemonstration

...bei der Befundung (Anamnese, Inspektion, Palpation) durch den Fachlehrer

...durch den Arzt

**7. Besteht die Möglichkeit für Kursteilnehmer, Patienten selbst zu behandeln?**

Ja  Nein

**...wenn Ja, wie viele Behandlungen an Patienten kann jeder Teilnehmer durchführen?**

1 Behandlung

2 bis 3 Behandlungen

> 3 Behandlungen

**8. Wird die praktische Abschlussprüfung am Patienten ausgeführt?**

Ja  Nein

**9. Die Angaben zu Punkt 1 bis 8 werden bestätigt:**

Ort, Datum

Unterschrift des ärztlichen Leiters der Weiterbildung

Ort, Datum

Unterschrift des Leiters der Weiterbildungsstätte sowie Stempel

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der lymphologischen Fachklinik, der lymphologischen Fachabteilung oder lymphologischen ambulanten Schwerpunktpraxis