

Kompetenzverbund Chronische Wunde

*Von Fachexperten
ganzheitlich versorgt.*

Mehr Lebensqualität durch optimale Wundversorgung

Der Kompetenzverbund Chronische Wunde ist ein Zusammenschluss von Experten, der für eine umfassende und zielführende Wundversorgung unerlässlich ist. Neben Fachärzten, die im Wundzentrum zusammen mit dessen pflegerischen Mitarbeitern chronische Wunden ambulant behandeln, gehören auch ein spezialisiertes Unternehmen für moderne Verbandmittel, ein Sanitätshaus für unterstützende Hilfsmit-

tel und ein Pflegedienst für regelmäßige Verbandwechsel vor Ort zum Kompetenzverbund Chronische Wunde. Die Vernetzung führt dazu, dass der Patient zu jeder Zeit die richtige Unterstützung, im richtigen Maße, zur richtigen Zeit erhält. Die Bedürfnisse und Selbstmanagementkompetenzen des Patienten stehen dabei im Mittelpunkt. Der Patient hat die Möglichkeit, die Experten einzeln oder im gesamten Verbund zu beauftragen.

KCOW



Die unabhängige fachärztliche Betreuung durch einen Chirurgen im 1A Wundzentrum und dessen Zusammenarbeit mit besonders fachlich geschulten Pflegekräften des 1A Wundzentrums ermöglichen umfangreiche diagnostische Maßnahmen und konkrete Therapien.



Wundex beliefert Patienten mit den verordneten Verbandmaterialien zeitnah und kostenfrei. Die Experten von Wundex weisen vor Ort in die korrekte Handhabung der Materialien ein und überwachen und dokumentieren den Therapieerfolg durch regelmäßige Wundvisiten.



Das Sanitätshaus Ilse kümmert sich um alle benötigten Hilfsmittel wie Matratzen, Sitzkissen und Lagerungshilfen. Die Kompressionsversorgung bei Venenerkrankungen ist eine weitere Kernkompetenz. Das geschulte Service-Team besucht die Patienten zum Ausmessen oder Anpassen der Hilfsmittel vor Ort.



Die Pflegefachkräfte des Pflegedienstes sind besonders geschult in der Wundversorgung und nah am Patienten. Sie führen regelmäßige Verbandwechsel durch und gewährleisten eine durchgängige Versorgung.

Vorteil für Sie als Arzt:



Ihr Patient erhält eine ganzheitliche, eng abgestimmte Versorgung seiner Wunden, die neben einer adäquaten Lokaltherapie die Behandlung der Grunderkrankung in den Fokus stellt.

Werden Sie Kooperationspartner des Kompetenzverbundes!

Vorteil für Sie als Patient:



Der Kompetenzverbund Chronische Wunde hat sich zur Aufgabe gemacht, Ihre Wunde umfassend zu versorgen und die Abläufe zu koordinieren. Die Kosten dafür übernehmen die Krankenkassen.



Einwilligungs- und Wahlrechtserklärung des Patienten,

Vorname, Nachname

Anschrift

Die Unternehmen

1. Wundex - Die Wundexperten GmbH, vertr. durch Hrn. Christian Claaßen und Hrn. Michael Grubschat, Marie-Curie-Straße 1, 48308 Senden,
2. Pflegedienst Sonnenschein GmbH, vertr. durch Fr. Petra Sonnenschein, Günnigfelder Str. 75, 44866 Bochum,
3. Sanitätshaus Ilse, Inh. Hr. Michael Kranz-Wayllant, August-Bebel-Platz 12, 44866 Bochum
4. 1A Wundzentrum GmbH, vertr. durch Hrn. Holger Münster, Marie-Curie-Straße 1, 48308 Senden

haben sich zu der „Netzwerk GbR“ zusammengeschlossen, um dadurch die Koordination der verschiedenen Versorgungsbereiche und damit die Qualität der Patientenversorgung dauerhaft zu verbessern.

Dies vorausgeschickt erkläre ich:

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass die Koordination meiner Versorgung durch das Netzwerk und die Versorgung durch die Netzwerkpartner ausdrücklich gewünscht ist. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen bzw. auch auf einzelne Teilnehmer des Netzwerk beschränken.

Ich beauftrage den gesamten Verbund

Ich beauftrage folgende Firmen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wundex | <input type="checkbox"/> Pflegedienst Sonnenschein |
| <input type="checkbox"/> Sanitätshaus Ilse | <input type="checkbox"/> 1A Wundzentrum |

Bitte rufen Sie mich zwecks Absprache der weiteren Vorgehensweise an

Telefon

Ort, Datum

Unterschrift

KCW, Kompetenzverbund Chronische Wunde, Netzwerk GbR, Musterstraße 000, 00000 Musterstadt



Einwilligungs- und Wahlrechtserklärung des Patienten,

Vorname, Nachname

Anschrift

Die Unternehmen

1. Wundex - Die Wundexperten GmbH, vertr. durch Hrn. Christian Claaßen und Hrn. Michael Grubschat, Marie-Curie-Straße 1, 48308 Senden,
2. Pflegedienst Sonnenschein GmbH, vertr. durch Fr. Petra Sonnenschein, Günnigfelder Str. 75, 44866 Bochum,
3. Sanitätshaus Ilse, Inh. Hr. Michael Kranz-Wayllant, August-Bebel-Platz 12, 44866 Bochum
4. 1A Wundzentrum GmbH, vertr. durch Hrn. Holger Münster, Marie-Curie-Straße 1, 48308 Senden

haben sich zu der „Netzwerk GbR“ zusammengeschlossen, um dadurch die Koordination der verschiedenen Versorgungsbereiche und damit die Qualität der Patientenversorgung dauerhaft zu verbessern.

Dies vorausgeschickt erkläre ich:

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass die Koordination meiner Versorgung durch das Netzwerk und die Versorgung durch die Netzwerkpartner ausdrücklich gewünscht ist. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen bzw. auch auf einzelne Teilnehmer des Netzwerk beschränken.

Ich beauftrage den gesamten Verbund

Ich beauftrage folgende Firmen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wundex | <input type="checkbox"/> Pflegedienst Sonnenschein |
| <input type="checkbox"/> Sanitätshaus Ilse | <input type="checkbox"/> 1A Wundzentrum |

Bitte rufen Sie mich zwecks Absprache der weiteren Vorgehensweise an

Telefon

Ort, Datum

Unterschrift

KCW, Kompetenzverbund Chronische Wunde, Netzwerk GbR, Musterstraße 000, 00000 Musterstadt

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die zur oben genannten Versorgung erforderlichen Daten einschließlich einer ggf. erstellten Bilddokumentation, diagnosebezogene Daten zwischen den oben genannten Partnern des Netzwerkes erhoben, verarbeitet und genutzt sowie zur Sicherstellung der Versorgung untereinander weitergegeben bzw. übermittelt und bei dem jeweils anderen Netzwerkpartner verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis und nur aufgrund meiner Einwilligung erfolgt. Ferner wurde mir erläutert, dass ich mein Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass das Netzwerk die Koordinationsleistungen nicht vornehmen darf und wird. Mir steht das Recht auf Auskunftersuchen gegenüber dem Netzwerk und den einzelnen Mitgliedern des Netzwerkes über meine personenbezogenen Daten sowie deren Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu. Ebenso habe ich ein Recht auf die Übertragbarkeit meiner Daten. Überdies wurde mir erklärt, dass meine Daten nach Beendigung des Vertragsverhältnisses und Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht werden.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ebenso kann ich mich im Falle einer Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die zur oben genannten Versorgung erforderlichen Daten einschließlich einer ggf. erstellten Bilddokumentation, diagnosebezogene Daten zwischen den oben genannten Partnern des Netzwerkes erhoben, verarbeitet und genutzt sowie zur Sicherstellung der Versorgung untereinander weitergegeben bzw. übermittelt und bei dem jeweils anderen Netzwerkpartner verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis und nur aufgrund meiner Einwilligung erfolgt. Ferner wurde mir erläutert, dass ich mein Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass das Netzwerk die Koordinationsleistungen nicht vornehmen darf und wird. Mir steht das Recht auf Auskunftersuchen gegenüber dem Netzwerk und den einzelnen Mitgliedern des Netzwerkes über meine personenbezogenen Daten sowie deren Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu. Ebenso habe ich ein Recht auf die Übertragbarkeit meiner Daten. Überdies wurde mir erklärt, dass meine Daten nach Beendigung des Vertragsverhältnisses und Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht werden.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ebenso kann ich mich im Falle einer Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden.

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon

02324 56 86 99 0

E-Mail

info@kcw.ruhr

KCW

Kompetenzverbund Chronische Wunde GbR
Bruchstraße 32, 1. Etage
45525 Hattingen

www.kcw.ruhr