



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR RHEUMATOLOGIE

## Antrag auf Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

### Schulungseinrichtung

für

Chronische Polyarthritis  Spondylitis ankylosans  Fibromyalgie

Lupus erythematodes  Osteoporose  Kinder-/Jugendrheumatologie

Name: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-mail: .....

Homepage: .....

Rheumatologische Schwerpunktpraxis

Rheumatologische Ambulanz

Rheumatologisches Fachkrankenhaus (Akut-Klinik)  Bettenzahl: .....

Rheumatologische Abteilung in einer Klinik für  
Innere Medizin oder in einer Kinderklinik  Bettenzahl: .....

Rheumatologische Fachklinik (Reha-Klinik)  Bettenzahl: .....

Kinderrheumatologisches Zentrum  Bettenzahl: .....

Andere Einrichtung mit besonderer Erfahrung in der  
Rheumatologie\*)

- Ärztliche Praxis
- Psychologische Praxis
- Medizinisches Versorgungszentrum
- Therapiezentrum
- Einrichtung einer Selbsthilfeorganisation  .....
- Andere: .....

Schulungsraum vorhanden  Größe: .....m<sup>2</sup>

Medienausstattung: .....

\*) ERLÄUTERUNG DER BESONDEREN ERFAHRUNG DER EINRICHTUNG BITTE AUF GESONDERTEM BLATT BEIFÜGEN.

## Schulungseinrichtung

Welche Schulungsprogramme werden eingesetzt?  
(Bitte für jedes Programm die beiden Zusatzblätter - a und b - beifügen!)

.....

Ich beantrage ein Zertifikat als Schulungseinrichtung nach den derzeit gültigen Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

Ich verpflichte mich, die Qualitätsanforderungen auch in Zukunft einzuhalten.

**Alle Angaben im Antrag und im Zusatzblatt entsprechen der Wahrheit.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Stempel)

.....  
(Unterschrift)

Bitte richten Sie Ihren Antrag an die Geschäftsstelle der DGRh:

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie  
c/o Geschäftsstelle  
Luisenstrasse 41  
10117 Berlin

# **Anforderungen an Schulungseinrichtungen – Auszug aus den derzeit gültigen Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie –**

## **I. Institutionell**

1. Rheumatologische Schwerpunktpraxis
2. Rheumatologische Ambulanz
3. Rheumatologisches Fachkrankenhaus (Akut-Klinik)
4. Rheumatologische Abteilung in einer Klinik für Innere Medizin oder in einer Kinderklinik
5. Rheumatologische Fachklinik (Reha-Klinik)
6. Kinderrheumatologisches Zentrum

Nach Prüfung durch die DGRh:

7. Andere Einrichtung mit besonderer Erfahrung in der Rheumatologie
  - Ärztliche Praxis
  - Psychologische Praxis
  - Medizinisches Versorgungszentrum
  - Therapiezentrum
  - Einrichtung einer Selbsthilfeorganisation

## **II. Räumlich**

1. Spezieller Schulungsraum mit entsprechender Ausstattung

## **III. Organisatorisch**

1. Integraler Bestandteil des Therapiekonzepts
2. Feste terminliche Integration in den Behandlungsplan

## **IV. Personell**

1. Einsatz aller erforderlichen Berufsgruppen
2. Einsatz von für die Schulung qualifiziertem Personal (Zertifikate als Fachtrainer)
3. Leiter der Schulung muss durch besondere Qualifikation ausgewiesen sein (Zertifikat als Schulungsleiter)

## **V. Kontinuität**

1. Regelmäßige Durchführung von Schulungen mind. 2 x pro Jahr für jedes beantragte Programm mit der festgelegten Mindestteilnehmerzahl und
2. mind. 20 Personen werden pro Jahr geschult (ein Programm) oder mind. 50 Personen (mehrere Programme)

**Maßgeblich sind die Beschlüsse der Kommission Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V.**

**Antrag auf Zertifizierung  
durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.**

**Schulungseinrichtung**

**für**

**Chronische Polyarthritis**

Durchgeführte Schulungsseminare pro Jahr: .....

Anzahl der geschulten Patienten pro Jahr: .....

Wie ist das Programm in das Therapiekonzept eingebunden?  
(z. B. Stundenplan oder Organisationsplan beifügen)

.....  
.....

**Schulungsleiter für Chronische Polyarthritis:**

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

## Zusatzblatt 1 b

### **Fachtrainer für Chronische Polyarthrit**

#### **Ärzte:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

#### **Diplom-Psychologen:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

#### **Krankengymnasten/Physiotherapeuten:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

#### **Ergotherapeuten:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

**BITTE FÜR ALLE SCHULUNGSLEITER UND FACHTRAINER ZERTIFIKATE BEIFÜGEN!**

**Antrag auf Zertifizierung  
durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.**

**Schulungseinrichtung**

**für**

**Spondylitis ankylosans**

Durchgeführte Schulungsseminare pro Jahr: .....

Anzahl der geschulten Patienten pro Jahr: .....

Wie ist das Programm in das Therapiekonzept eingebunden?  
(z. B. Stundenplan oder Organisationsplan beifügen)

.....

.....

**Schulungsleiter für Spondylitis ankylosans:**

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

**Fachtrainer für Spondylitis ankylosans**

**Ärzte:**

..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

**Diplom-Psychologen:**

..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

**Krankengymnasten/Physiotherapeuten:**

..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

**Ergotherapeuten:**

..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

**CO-Trainer:**

..... (Name, Vorname)	CO-Trainer-Bescheinigung	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... (Name, Vorname)	CO-Trainer-Bescheinigung	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

**BITTE FÜR ALLE SCHULUNGSLEITER UND FACHTRAINER ZERTIFIKATE BEIFÜGEN!**

**Antrag auf Zertifizierung  
durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.**

**Schulungseinrichtung**

**für**

**Fibromyalgie**

Durchgeführte Schulungsseminare pro Jahr: .....

Anzahl der geschulten Patienten pro Jahr: .....

Wie ist das Programm in das Therapiekonzept eingebunden?  
(z. B. Stundenplan oder Organisationsplan beifügen)

.....  
.....

**Schulungsleiter für Fibromyalgie:**

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

**Fachtrainer für Fibromyalgie**

**Ärzte:**

..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

**Diplom-Psychologen:**

..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

**Krankengymnasten/Physiotherapeuten / Sporttherapeuten:**

..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
..... (Name, Vorname)	Fachtrainer-Zertifikat	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

**BITTE FÜR ALLE SCHULUNGSLEITER UND FACHTRAINER ZERTIFIKATE BEIFÜGEN!**

**Antrag auf Zertifizierung  
durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.**

**Schulungseinrichtung**

**für**

**Lupus erythematoses**

Durchgeführte Schulungsseminare pro Jahr: .....

Anzahl der geschulten Patienten pro Jahr: .....

Wie ist das Programm in das Therapiekonzept eingebunden?  
(z. B. Stundenplan oder Organisationsplan beifügen)

.....  
.....

**Schulungsleiter für Lupus erythematoses:**

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

**Fachtrainer für Lupus erythematodes**

**Ärzte:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

**Diplom-Psychologen:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

**BITTE FÜR ALLE SCHULUNGSLEITER UND FACHTRAINER ZERTIFIKATE BEIFÜGEN!**

**Antrag auf Zertifizierung  
durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.**

**Schulungseinrichtung**

**für**

**Osteoporose**

Durchgeführte Schulungsseminare pro Jahr: .....

Anzahl der geschulten Patienten pro Jahr: .....

Wie ist das Programm in das Therapiekonzept eingebunden?  
(z. B. Stundenplan oder Organisationsplan beifügen)

.....

.....

**Schulungsleiter für Osteoporose:**

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

## Zusatzblatt 5 b

### **Fachtrainer für Osteoporose**

#### **Ärzte:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

#### **Diplom-Psychologen:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

#### **Krankengymnasten/Physiotherapeuten / Sporttherapeuten:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

#### **Ergotherapeuten:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

#### **Ökotrophologen / Diätassistenten:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

#### **Diplom-Pädagogen / Diplom-Sozialpädagogen / Diplom-Sozialarbeiter:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

**BITTE FÜR ALLE SCHULUNGSLEITER UND FACHTRAINER ZERTIFIKATE BEIFÜGEN!**

**Antrag auf Zertifizierung  
durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.**

**Schulungseinrichtung  
für  
Kinder-/Jugendrheumatologie**

Durchgeführte Schulungsseminare pro Jahr: .....

Anzahl der geschulten Patienten pro Jahr: .....

Wie ist das Programm in das Therapiekonzept eingebunden?  
(z. B. Stundenplan oder Organisationsplan beifügen)

.....  
.....

**Schulungsleiter für Kinder-/Jugendrheumatologie:**

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

..... Schulungsleiter-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname) (Berufsgruppe)

**Fachtrainer für Kinder-/Jugendrheumatologie**

**Ärzte:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

**Diplom-Psychologen:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

**Krankengymnasten/Physiotherapeuten:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

**Ergotherapeuten:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

**Diplom-Pädagogen / Diplom-Sozialpädagogen / Diplom-Sozialarbeiter:**

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

..... Fachtrainer-Zertifikat JA  NEIN   
(Name, Vorname)

**BITTE FÜR ALLE SCHULUNGSLEITER UND FACHTRAINER ZERTIFIKATE BEIFÜGEN!**