

Venen-Ärzte Venen-Kliniken Fragebogen

ständig
aktualisiert

Bitte zurücksenden an:

Deutsche Gesellschaft Venen e.V.
Redaktion Kliniken-/Ärzte-Verzeichnis
Postfach 18 10
90007 Nürnberg

Deutsche
Gesellschaft  Venen

Generalsekretariat
Postfach 18 10
DE - 90007 Nürnberg

Tel 0911 - 598 86 00
Fax 0911 - 59 12 19
info@DGVenen.de
www.DGVenen.de

NEU: DGV Ärzte- und Kliniken-Verzeichnis Venenkliniken und niedergelassene Venenärzte, *in einem Band*

Sehr geehrte Damen und Herren,

die gemeinnützige Deutsche Gesellschaft Venen beantwortet seit ihrer Gründung 1990 umfangreiche Anfragen von betroffenen Patienten und Gesundheitstherapeuten sowie Institutionen, niedergelassenen Ärzten und Versicherungen nach Kollegen, das heißt Medizinern und Einrichtungen, die sich speziell dem Themenkreis der Venenerkrankungen zuwenden.

Um diesem großen Bedarf zu entsprechen, geben wir seit Jahren die viel gefragten DGV-Verzeichnisse zu niedergelassenen Phlebologen sowie Venenkliniken heraus. Wir haben daher eine Datenbank eingerichtet, die alle wesentlichen Angaben hierzu aufnimmt. Bereits über 2.250 phlebologisch tätige Mediziner beziehungsweise Kliniken sind erfasst.

Zur Neuaufnahme bzw. Aktualisierung Ihrer Angaben erhalten Sie diesen Fragebogen, mit der Bitte, ihn bald möglich vollständig ausgefüllt zurückzusenden. Diese neue, ausführlich überarbeitete Printausgabe des DGV Ärzte- und Kliniken-Verzeichnisses wird nach Bedarf erscheinen und bundesweit verteilt werden. Unsere Datenbank wird *·täglich·* aktualisiert. Der Eintrag in dieses Verzeichnis ist selbstverständlich wie bisher **kostenlos** für Sie.

Wir würden uns freuen, bald Ihren beantworteten Fragebogen zu erhalten. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nur Einrichtungen / Praxen berücksichtigen können, die uns aktuell einen vollständig ausgefüllten, unterschriebenen Fragebogen zurücksenden. Herzlichen Dank schon an dieser Stelle für Ihre freundliche Zusammenarbeit!

Mit den besten Grüßen
Deutsche Gesellschaft Venen e.V.

Christian M. Silinsky
Generalsekretär

PS: Einige Angaben im Fragebogen dienen zu unserer Hintergrundinformation und werden nicht veröffentlicht. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen wirklich vollständig auszufüllen. *Herzlichen Dank!*

Dieser Fragebogen kann auch im Internet unter <http://www.DGVenen.de/Therapeuten> als PDF heruntergeladen und als Formular ausgefüllt werden.

Phlebologische Einrichtung allgemeine Angaben

Praxis | MVZ | Fachklinik | Allgemeinkrankenhaus (bitte ankreuzen)

Klinik- / Praxis-Name
Gemeinschaftspraxis

Haus / Gebäudeteil
evtl. Center-Name

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Telefon (Zentrale)
Vorwahl / Rufnummer

Telefax (Zentrale)
Vorwahl / Rufnummer

E-Mail

URL / Homepage
http://www.

Ergänzende Merkmale

bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Vielen Dank!

Abrechnungsmöglichkeiten

- GKV:** Abrechnung über gesetzliche Krankenkasse ist möglich
 PKV: Behandlungen – speziell von Venenerkrankungen – werden nur/auch als **Privatärztliche Leistung** abgerechnet

Spezialisierung
(auch Teil-Spezialisierung)

- Gefäßerkrankungen Lymphologie
 Venenerkrankungen Kosmetische Chirurgie

Weitere Angebote

- Physikalische Therapie / Kneipp Rehabilitation / ambulante Kur
 Beratungsleistungen (z.B. Ernährung, Gesundheitsberatung)
 Sport-Therapie / Trainingsanleitung (z.B. Sport-Pädagogen)

Kliniken

Die gefäß-chirurgische/
phlebologische Abteilung hat

Anzahl der
phlebologischen
Eingriffe pro Jahr

vor allem Kliniken

_____ Zimmer und _____ Betten

_____ ambulant _____ stationär

Auszug aus dem letzten Qualitätsbericht gemäß § 137
Abs. 1 Satz 3 Nr. & SGB V Ihrer Einrichtung aus dem Jahr _____

- Es werden auch ambulante OPs in der Praxis durchgeführt (*Tagesklinik*)
 Post-operative Nachsorge wird angeboten

Praxen / MVZ

Chirurgische Verfahren/
Behandlungs-Methoden
bitte auf **Seite 4**
eintragen

vor allem Praxen

Ambulante OPs werden (*auch*) in diesem OP-Zentrum / Klinik durchgeführt:

Ich/wir habe/n Belegbetten (als Belegarzt) in folgender/n Klinik/en:

Phlebologisch tätige Ärzte

1

Familiennamen

Titel / Vorname

Zusatzbezeichnung **Phlebologie**

phlebologisch tätig seit (Jahr): _____

Facharzt für

Position

Tel-Durchwahl
persönliche E-Mail

Ich habe Interesse an Fortbildungen und stehe gerne als Referent zur Verfügung

2

Familiennamen

Titel / Vorname

Zusatzbezeichnung **Phlebologie**

phlebologisch tätig seit (Jahr): _____

Facharzt für

Position

Tel-Durchwahl
persönliche E-Mail

Ich habe Interesse an Fortbildungen und stehe gerne als Referent zur Verfügung

3

Familiennamen

Titel / Vorname

Zusatzbezeichnung **Phlebologie**

phlebologisch tätig seit (Jahr): _____

Facharzt für

Position

Tel-Durchwahl
persönliche E-Mail

Ich habe Interesse an Fortbildungen und stehe gerne als Referent zur Verfügung

Ansprechperson Erstkontakt für Patienten

Familiennamen

Titel / Vorname

Position / Funktion

Telefon / Durchwahl

Telefax

E-Mail

URL / Homepage
http://www.

Diagnostik bei Venenerkrankungen

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Vielen Dank!

Spezielle apparative Diagnostik:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doppler-Sonographie | <input type="checkbox"/> Plethysmographie |
| <input type="checkbox"/> Farb-Duplex-Sonographie | <input type="checkbox"/> Lichtreflexions-Rheographie (LRR) |
| <input type="checkbox"/> Venenverschluss- | <input type="checkbox"/> Phlebodynamometrie |

Chirurgische Therapie bei Venenerkrankungen

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Vielen Dank!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sklerosierung | <input type="checkbox"/> Schaum-Sklerosierung |
| <input type="checkbox"/> Stripping | <input type="checkbox"/> Mikro-Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Laserbehandlung | <input type="checkbox"/> CHIVA |

Bitte nennen Sie uns weitere therapeutische Verfahren Ihrer Praxis:
insbesondere spezielle Laserverfahren und aktuelle Neuigkeiten ...

Konservative Therapie bei Venenerkrankungen

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Vielen Dank!

- Kompression (Verband / Strumpf)
- apparative intermittierende Kompression (AIK)
- Naturheilverfahren (auch Hydrotherapie / Kneipp)
- Sport-Angebote, Trainingsberatung (z.B. durch Sport-Therapeuten)
- Beratung zu Ernährung, Bewegung (z.B. durch Gesundheits-Pädagogen)

Die mit diesem Fragebogen abgefragten Daten werden in der nächsten aktuellen Ausgabe des DGV Ärzte-/Klinik-Verzeichnisses nach einheitlichen Kriterien eingetragen und veröffentlicht. Die Angaben werden elektronisch gespeichert und stehen zur Information von Betroffenen / Interessenten zur Verfügung.

Ort / Datum	Unterschrift / Stempel
-------------	------------------------