

**Bitte vor Ausfüllen des Fragebogens beantworten:**

Name des regionalen Psoriasisnetzes: \_\_\_\_\_

Name des Ausfüllenden: \_\_\_\_\_

Datum des Ausfüllens: \_\_\_\_\_

## PSONET – FORUM DER REGIONALEN PSORIASISNETZE IN DEUTSCHLAND

Hiermit beantragen wir die Mitgliedschaft bei PsoNet.

**Gründung des Netzes** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Monat / Jahr)  Gründung geplant **Website:** www. \_\_\_\_\_

**Beteiligte** Anzahl Praxen: \_\_\_\_\_ Kliniken: \_\_\_\_\_  
 Falls Kliniken beteiligt: Welche? \_\_\_\_\_

**Wer ist Koordinator / Sprecher ?** \_\_\_\_\_

**Wer ist Ansprechpartner?** \_\_\_\_\_

**Wie ist die geographische Ausdehnung des Netzes?** \_\_\_\_\_

**Welche Rechtsform hat das Netz?**  noch keine feste  eingetragener Verein  GbR  
 GmbH  andere : \_\_\_\_\_

**Gibt es bereits eine Satzung?**  ja  nein  \_\_\_\_\_

**Orientiert sich das Netz am Positionspapier von DDG+ BVDD?**  ja  nein  \_\_\_\_\_

**Werden die Anforderungen der DDA zur Qualität anerkannt?**  ja  nein  \_\_\_\_\_

**Welche Form der Kommunikation zwischen den Partnern wird genutzt?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Erfahrungen mit integrierten Versorgungsverträgen?**  ja  nein  \_\_\_\_\_

**Haben Mitglieder des Zusammenschlusses eine einheitliche Psoriasis-Dokumentation?**  ja  nein

**Gibt es einen Datenaustausch bei interdisziplinärer / interprofessioneller Behandlung?**  ja  nein

**Sind Sie an der Organisation eines bundesweiten Treffens der regionalen Psoriasisnetze interessiert?**  ja  nein

Welche Aktivitäten führen Sie bereits durch oder sind geplant? (bitte ankreuzen)	bereits vorhanden bzw. durchgeführt	bereits in Planung	dabei Unterstützung vom CVderm erwünscht	(noch) nicht geplant
Netzgründung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildungsveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
informelle Zusammenkünfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massnahmen zum QM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch von Zweitmeinungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absprachen & Strategien zur Versorgung der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einholen von Rechtsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation bei Studien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einleitung von Strukturverträgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung einer Webpräsenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was erwarten / erhoffen Sie sich von Ihrer Webpräsenz auf [www.psonet.de](http://www.psonet.de)?** \_\_\_\_\_