

## Antrag für die Anerkennung zum Einsatz von azellulären Hautersatzverfahren

(vom 1. April 2021, Revision geplant am 31. März 2024)

### Antragssteller:

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

GLN \_\_\_\_\_

### Der Antrag wird gestellt für folgende(s) Produkt(e):

Kerecis®

OASIS®

Ich wurde **vor dem 1. April 2021** für den Einsatz eines zellulären Hautersatzverfahrens anerkannt und erhalte diese Anerkennung ohne weitere Formalitäten.

oder

Ich wurde **nach dem 1. April 2021** für den Einsatz eines zellulären Hautersatzverfahrens anerkannt und bestätige, dass ich die notwendigen fachlichen Informationen über die beantragten azellulären Verfahren erhalten habe und bei der Anwendung an den ersten drei Patienten supervidiert werde.

oder

Ich habe einen **Anwenderkurs** für das Produkt \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ besucht.

*Liegt keine Zertifizierung für ein zelluläres Produkt vor, füllen Sie bitte folgende Felder aus:*

### Anschriften von Fachspezialisten, mit welchen zusammengearbeitet wird:

Dermatologie \_\_\_\_\_

Angiologie \_\_\_\_\_

Gefässchirurgie \_\_\_\_\_

Endokrinologie/Diabetologie \_\_\_\_\_

Orthopädie \_\_\_\_\_

### Anschrift(en) der Pflegeperson(en) mit SAfW- oder EWMA-Anerkennung:

\_\_\_\_\_

### Wird über ein Wundbehandlungskonzept verfügt?

(Dieses muss auf Verlangen vorgewiesen werden können)

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Einsenden an: Generalsekretariat SGDV, Dalmazirain 11, 3005 Bern, sgdv-ssdv@hin.ch

Bankverbindung: Berner Kantonalbank, Bundesplatz 8, 3011 Bern

Kontobezeichnung: SGDV/SSDV Office / Kontoinhaber: SGDV, Dalmazirain 11, 3005 Bern

IBAN: CH85 0079 0016 5930 9428 6 / Referenz: **Zertifizierung**

Bearbeitungsgebühr: CHF 300.- für Nichtmitglieder der SAfW & SGDV / CHF 150.- für Mitglieder der SAfW & SGDV (Quittung beilegen)

Die Bearbeitungsgebühr entfällt, wenn bereits eine Zertifizierung für ein zelluläres Hautersatzverfahrens vorliegt.