

Übergabeformular · AmBADO KJP

I. Dokumentationsjahr

Die übersendeten Daten betreffen das Jahr

II. Teilnehmende Ambulanz

1. Klinik / Name der **Institutsambulanz**

2. **Ambulanzleitung**

Name	Funktion
Telefon	E-Mail

3. **Ansprechpartner** für **inhaltliche** Fragen

Name	Funktion
Telefon	E-Mail
Alternativer Ansprechpartner	

4. **Ansprechpartner** für **EDV-bezogene** Fragen

Name	Funktion
Telefon	E-Mail
Alternativer Ansprechpartner	

5. **AmBADO-Software**

Anbieter / Software / Version

eigene Entwicklung

Gab es im Dokumentationsjahr eine nennenswerte Änderung der Software (z.B. neuer Anbieter)?

Nein

Ja, welche

3. Wenn Ihre Datenlieferung mehrere Ambulanzeinheiten enthält, geben Sie bitte an, welche Berichte erstellt werden sollen.

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesamtbericht (Zusammenfassung aller Ambulanzeinheiten) |
| <input type="checkbox"/> Einzelberichte für alle Ambulanzeinheiten |
| <input type="checkbox"/> Einzelberichte für folgende Ambulanzeinheiten / Kombinationen von Ambulanzeinheiten: |

IV. Handhabung Notfälle

Seit 2015 müssen für **reine** Notfälle (Notfälle, die nicht in eine reguläre Behandlung übergehen) nur eine reduzierte Auswahl an Fragen beantwortet werden (siehe Glossar S. 7). Um obligatorische Antworten im Bericht korrekt darstellen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Wurde bei reinen Notfällen eine AmBADO erstellt?

- | |
|------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Teilweise |
| <input type="radio"/> Nein (weiter mit Abschnitt V. Datenformat) |

2. Welche Fragen wurden bei reinen Notfällen beantwortet

- | |
|-----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Immer alle |
| <input type="radio"/> Nur die obligatorischen Items |
| <input type="radio"/> Uneinheitlich |

3. Ist eine Unterscheidung zwischen reinen Notfällen und solchen, die in eine reguläre Behandlung übergegangen sind möglich?

- | |
|----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Nein |
| <input type="radio"/> Ja, bitte beschreiben: |

4. Soll die Unterscheidung in reine Notfälle und solche, die in eine reguläre Behandlung übergegangen sind in Ihren Einzelberichten berücksichtigt werden? Bitte beachten Sie, dass dies nur möglich ist, wenn eine Beschreibung bei IV.3 angegeben wurde.

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja, fehlende Werte bei freiwilligen Angaben sollen im Bericht in der Kategorie nicht erfasst (Notfall) zusammengefasst werden |
| <input type="radio"/> Nein, reine Notfälle sollen wie reguläre Fälle ausgewertet werden. |

V. Datenformat

Wurde die Datendatei im **CSV**-Format übermittelt?

Ja Nein, bitte beschreiben:

Voraussetzung für einen korrekten Datenimport ist, dass das in der CSV-Datei verwendete Trennzeichen nicht in den Freitextfeldern vorkommt. Wurde sichergestellt, dass dies der Fall ist?

Ja Nein

VI. Dateninhalt bei kritischen Items

1. Repräsentiert die **Fall-Nummer** den Patienten und bleibt sie über alle Episoden hinweg gleich?

Ja Nein, bitte beschreiben:

2. Entspricht der Inhalt des Feldes Datum des Behandlungsbeginns (AUFN_DATUM) dem tatsächlichen Behandlungsbeginn?

Ja
 Nein, bitte beschreiben (z.B. Datum wurde aus Verwaltungszwecken o.ä. vom System erzeugt)

VII. Verteiler für den Versand der Berichte

Die Berichte und die zugehörige Dateneinschätzung werden in der Regel nur an den von Ihnen angegebenen Ansprechpartner für inhaltliche Fragen und die Ambulanzleitung versendet. Wenn Sie wünschen, dass Ihre Dokumente von uns an einen größeren Verteiler weitergeleitet werden, bitten wir um die Angabe der E-Mail-Adressen.

Name	E-Mail
Name	E-Mail
Name	E-Mail
Name	E-Mail
Name	E-Mail

VIII. Bemerkungen

Datum:

Unterschrift: