

Fragebogen zum Antrag auf Aufnahme in die Hospitationsliste der AGAS im Kindes- und Jugendalter e.V.



Liebes Schulungsteam,
für die Aufnahme in die Hospitationsliste der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter ist die Beantwortung einiger Fragen erforderlich.
Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen an eine der u. g. Adressen, zusätzlich zu einem formlosen Aufnahmeantrag und dem Stundenplan des Schulungsangebots.
Die Aktualisierung der Hospitationsliste erfolgt alle 3 Jahre.

Kontaktadressen:

Katharina Hagemeister
Kinderklinik ev. Klinikum Bethel
Tagesklinik Allergologie, päd.
Pneumologie, Gastroenterologie
Grenzweg 14
33617 Bielefeld
Tel.: 0521-772-78101
Fax: 0521-772-78102
katharina.hagemeister@evkb.de

Dana Morawski
Geschäftsstelle AG Asthmaschulung
Knöchelsöhren 19,18437 Stralsund
Postfach 1164, 18401 Stralsund

Tel: 03831 27 88 117
Fax: 03831 27 88 122
Mail: post@asthmaschulung.de
Web: www.asthmaschulung.de

Angaben zum Schulungsteam

Name des Schulungsteams	
Ansprechpartner (Titel, Vorname, Name)/ Schulungsteamleiter* : *muss den Trainerschein haben	
Telefon	
Fax	
Mail	
Web/Homepage	
Adresse	
PLZ	
Ort	
Bundesland	

**Fragebogen zum Antrag auf Aufnahme in die Hospitationsliste
der AGAS im Kindes- und Jugendalter e.V.**



4. Wie viele Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten nehmen an dem Asthmatrainingsprogramm teil?

5. Geben Sie bitte an, wie viel praktische Erfahrungen bei Ihren Asthmatrainern vorliegen (in Jahren und/oder in durchgeführten Schulungskursen).

6. Mit welcher Methodik setzen Sie verhaltenstherapeutische Aspekte der Schulung um, z.B. Selbstwahrnehmung?

7. Wie ist dies in den Tagesablauf der Patienten integriert?

8. Welche strukturellen Erfordernisse für die oben genannten Inhalte (Gruppensitzungsräume, Entspannungsraum, etc.) halten Sie in Ihrer Behandlungsstätte vor?

9. Wie viele Hospitationen planen Sie pro Jahr durchzuführen?

10. Welche medikamentösen Behandlungsrichtlinien gelten bei Ihnen für die Asthmabehandlung für Kinder und Jugendliche?

**Fragebogen zum Antrag auf Aufnahme in die Hospitationsliste
der AGAS im Kindes- und Jugendalter e.V.**



11. Gibt es Besonderheiten Ihres Behandlungskonzepts?

Schulungsteammitglieder lt. QM Handbuch (5. Auflage, 2019)

<u>Fachbereich</u>	<u>Name, Vorname</u>	<u>Trainerschein vorhanden</u>
Medizin:		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Physiotherapie/Sporttherapie:		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Pädagogik/Psychologie:		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Pflege/MFA:		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Weitere:		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Wir erfüllen laut QM Handbuch (5. Auflage, 2019 – Seite 36) die Anforderungen an ein anerkanntes Hospitationszentrum und bitten um Aufnahme in die Liste.

Datum/ Ort

Unterschrift Schulungsteamleiter