

VRAGENLIJST VISITATIE PRAKTIJK

Algemene praktijkgegevens

Naam praktijk:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

Website:

Email adres:

Aantal chiropractoren werkzaam in deze praktijk:

Naam:

.....

.....

.....

.....

Eventuele kandidaat-geregistreerde chiropractor(en):

Naam:

.....

Andere therapeuten werkzaam in deze praktijk:

Naam:

Discipline:

.....

.....

.....

.....

Aantal overige personeelsleden werkzaam in deze praktijk:

Accommodatie*Algemeen*

Werkt u volgens de SCN praktijkinrichtingseisen en, indien van toepassing, van uw beroepsvereniging? Ja Nee

Is er voor de praktijk een Risico-inventarisatie en Evaluatie (RI&E) uitgevoerd? (Deze kunt u vinden op www.RIE.nl/instrumenten/chiropractoren)

- Dit is niet van toepassing als u geen medewerkers in dienst heeft of de medewerkers gezamenlijk 40 uur of minder per week werken. Ja Nee N.v.t.

Is het systeem van Veilig Incidenten Melden (VIM) geïmplementeerd in de praktijk? Ja Nee

Worden incidenten besproken met het gehele team, bijv. tijdens teambesprekingen? Ja Nee

Werkt u volgens een calamiteitenprotocol, indien van toepassing, dat van uw beroepsvereniging? Ja Nee

Is er *altijd* een bedrijfshulpverlener aanwezig in de praktijk? Ja Nee

Is er een complete EHBO-doos aanwezig? Ja Nee

Weet u de locatie van de dichtstbijzijnde AED? Ja Nee

Voldoet de praktijk aan bouw- en veiligheidsvoorschriften? Ja Nee

Zijn er brandblussers aanwezig en is de werking ervan duidelijk voor alle werknemers? Ja Nee

Zijn de vluchtroutes op duidelijk zichtbare plaatsen aangeduid? Ja Nee

Zijn de ICT-voorzieningen voorzien van adequate beveiliging Ja Nee N.v.t.

Is er een protocol voor crisissituaties aanwezig in de praktijk? Ja Nee

Is de praktijk toegankelijk voor rolstoelen en/of mindervaliden? Ja Nee

Onderneemt u acties om uw praktijk te verduurzamen? Ja Nee

Opmerkingen: _____

Behandelkamer(s):

Voldoet iedere behandelkamer aan de minimale oppervlaktemaat van 12 m²? Ja Nee

Is de werkruimte om de behandeltafel heen tenminste 90 cm bij minimaal 2 zijden? Ja Nee

Zijn de behandelkamers voldoende belicht? Ja Nee

Zijn er illustraties/anatomische modellen aanwezig ter educatie van de patiënt? Ja Nee

Opmerkingen: _____

Instrumentarium:

Welk van het volgende instrumentarium is aanwezig in de behandelkamers?

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Reflexhamer | <input type="checkbox"/> Thermometer | <input type="checkbox"/> Ophthalmoscoop/lichtpen |
| <input type="checkbox"/> Raderwiel of tandenstokers | <input type="checkbox"/> Watten | <input type="checkbox"/> Stemvorken 256Hz en 128Hz |
| <input type="checkbox"/> Stethoscoop | <input type="checkbox"/> Centimeter | <input type="checkbox"/> Sphygmometer (handmatig/automatisch) |

Anders _____

Zijn er voorzieningen voor het lezen en laten zien van röntgen/MRI e.d.? Ja Nee

Opmerkingen: _____

Hygiëne

Wordt er gebruik gemaakt van gezichtspapier/covers/handdoeken op de behandelbank?

Ja Nee

Wordt er gewerkt volgens de brochure handhygiëne van het RIVM?

Ja Nee

Wordt er gebruik gemaakt van dry-needling?

Ja Nee

Indien ja:

- Wordt de houdbaarheidsdatum van de naalden in de gaten gehouden?
- Worden gebruikte naalden in een afsluitbare naaldencontainer weggegooid?
- Wordt de naaldencontainer tijdig ingewisseld voor een nieuwe?
- Wordt er gewerkt volgens de 'richtlijnen dry-needling' van uw beroepsvereniging?

Ja Nee

Ja Nee

Ja Nee

Ja Nee

Wordt er telkens mondeling toestemming gevraagd voordat deze behandeling wordt toegepast?

Ja Nee

Hoe vaak wordt de praktijk schoongemaakt?

_____ x per week

Opmerkingen: _____

Röntgen/iDXA

Is er röntgen aanwezig in de praktijk?

Ja Nee

Voldoet de apparatuur (zowel röntgen als iDXA aan alle eisen volgens de wetgeving?

Ja Nee N.v.t.

Indien ja, en indien van toepassing, wordt er gewerkt volgens het protocol van uw beroepsvereniging?

Ja Nee N.v.t.

Is er een iDXA-scan aanwezig in de praktijk?

Ja Nee

Indien ja, en indien van toepassing, wordt er gewerkt volgens het protocol van uw beroepsvereniging?

Ja Nee N.v.t.

Opmerkingen: _____

Dossier huishouding/gegevensbescherming

Wordt er gewerkt conform de SCN vereisten dossiervoering en, indien van toepassing, van uw beroepsvereniging?

Ja Nee

Wordt er met digitale of papieren dossiers gewerkt?

Digitaal Papier

Indien papieren dossiers, worden deze in een afsluitbare ruimte opgeborgen?

Ja Nee N.v.t.

Indien digitaal, zijn de computers die gebruikt worden afdoende beveiligd met wachtwoorden e.d. conform de regels van de AVG?

Ja Nee N.v.t.

Maakt u voor het digitaal versturen van patiëntgegevens gebruik van beveiligde communicatiemiddelen?

Ja Nee N.v.t.

Opmerkingen: _____

Patiëntenperspectief:

- Heeft u in de laatste 5 jaar een patiëntentevredenheidsonderzoek uitgevoerd? Ja Nee
- Heeft u naar aanleiding van de uitkomsten daarvan bepaalde zaken verbeterd? Ja Nee N.v.t.
- Heeft u en/of uw collega-chiropractor in de praktijk in de afgelopen 5 jaar te maken gehad met een klacht (uiting van onvrede) van een patiënt? Ja Nee
- Heeft u naar aanleiding daarvan bepaalde zaken verbeterd? Ja Nee N.v.t.

Opmerkingen: _____

Management

Op welke wijze licht u uw patiënten voor over de verschillende aandoeningen/behandelingen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Standaard patiënten folders | <input type="checkbox"/> Social media |
| <input type="checkbox"/> Eigen folders/stencils | <input type="checkbox"/> Eigen website |
| <input type="checkbox"/> Informatie uit kranten/tijdschriften | <input type="checkbox"/> Website NCA/SCN |
| <input type="checkbox"/> Modellen, röntgenfoto's e.d. | <input type="checkbox"/> Anders, nl. _____ |

Maakt u gebruik van advertenties in kranten/tijdschriften? Ja Nee

Hoe? _____

Maakt u gebruik van social media? Ja Nee

Hoe? _____

Opmerkingen: _____

Website

Is er een praktijk website? Ja Nee

Welke van onderstaande onderdelen is terug te vinden op uw website?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contactgegevens | <input type="checkbox"/> Te behandelen klachten |
| <input type="checkbox"/> Informatie over hoe te handelen bij een klacht | <input type="checkbox"/> Uitleg chiropractie in algemeen |
| <input type="checkbox"/> Informatie over therapeuten | <input type="checkbox"/> Lidmaatschap beroepsvereniging incl. logo's |
| <input type="checkbox"/> Mogelijkheden voor maken afspraak | <input type="checkbox"/> Inhoud van de behandeling en de kosten hiervan |
| <input type="checkbox"/> SCN logo en registratienummer per chiropractor | <input type="checkbox"/> Tarieven |
| <input type="checkbox"/> Privacyreglement | |

Opmerkingen: _____

GEP

Is er momenteel een GEP-deelnemer werkzaam in uw praktijk?

Ja Nee

Indien ja:

Wanneer heeft u, m.b.t. het begeleiden van de GEP-deelnemer, voor het laatst de verplichte cursus 'Praktijkbegeleiding chiropractie' gevolgd?

Bent u wekelijks gemiddeld gedurende tenminste 50% van de werktijd van de GEP-deelnemer aanwezig in de praktijk?

Ja Nee

Besteedt u wekelijks gemiddeld minimaal 2 uur aan directe begeleiding van de GEP-deelnemer, waarvan de inhoud in onderling overleg tussen u en de GEP- deelnemer wordt vastgesteld?

Ja Nee

Biedt u voldoende mogelijkheid aan de GEP-deelnemer om het vastgestelde minimum aantal behandelingen te kunnen uitvoeren van gemiddeld 40 patiënten per week gedurende 46 weken; aldus 1840 patiënten gedurende de 12 maanden van het GEP? (Dit aantal is gebaseerd op een werkweek van 36 uur. Indien het aantal werkuren per week minder is dan is het aantal behandelingen naar ratio).

Ja Nee

Biedt u voldoende mogelijkheden aan de GEP-deelnemer aan om deel te nemen aan de seminars en activiteiten zoals omschreven in het jaarprogramma van het GEP?

Ja Nee

Biedt u de GEP-deelnemer de mogelijkheid om de voor het GEP verplichte observatie van andere (para)medische disciplines te kunnen uitvoeren?

Ja Nee

Opmerkingen: _____

Heeft u verdere vragen en/of opmerkingen m.b.t. deze vragenlijst?
