



Kundeninformation/Datenerklärung Audit „Qualitätsdimension Patientensicherheit“

ANGABEN ZU IHRER EINRICHTUNG

Organisation

Art der Einrichtung

ambulant

stationär

Straße

PLZ

Ort

KONTAKT

Benennen Sie uns bitte eine/n Ansprechpartner/in in Ihrer Einrichtung und teilen Sie uns ihre/seine Funktion und Kontaktdaten mit.

Ansprechpartner

Funktion

Telefon

Telefax

E-Mail

ANGABEN ZUR KLINIK

Fachabteilungen

Anzahl Betten

– Weitere Fachabteilungen bitten wir auf einem separatem Blatt aufzulisten. –

mit operativer Abteilung

mit psychiatrischer und/oder psychosomatischer Abteilung

nur psychiatrische und/oder psychosomatische Abteilung





Kundeninformation/Datenerklärung Audit „Qualitätsdimension Patientensicherheit“

ANGABEN ZUR KLINIK

Ist Ihre Einrichtung an mehreren Standorten ansässig? Ja Nein

Wenn ja:

STANDORT A

Standort

Anzahl Betten

Dienstleistungen

STANDORT B

Standort

Anzahl Betten

Dienstleistungen

STANDORT C

Standort

Anzahl Betten

Dienstleistungen

STANDORT D

Standort

Anzahl Betten

Dienstleistungen

IHRE MITTEILUNG

Nutzen Sie dieses Feld für ergänzende Angaben und Mitteilungen

Empty text area for additional information and communications.



Kundeninformation/Datenerklärung Audit „Qualitätsdimension Patientensicherheit“

ERKLÄRUNG

Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Vollständigkeits-/Richtigkeitserklärung

- Ich versichere, dass meine oben angegebenen Informationen vollständig und richtig sind.
- Die Nutzungsbedingungen und die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und akzeptiere sie.
- In die Verarbeitung der angegebenen Daten willige ich ein.**

Ort, Datum

Unterschrift