

Kundeninformation/Datenerklärung DIN EN ISO 9001 / Qualitätssiegel Geriatrie



ANGABEN ZU IHRER EINRICHTUNG

Organisation

Straße

PLZ

Ort

Dienstleistungen (zu zertifizierende Bereiche)

Anzahl Mitarbeiter

Institutionskennzeichen

Anzahl Vollzeitkräfte (inkl. Schicht- und Teilzeitkräfte,
Leiharbeiter, Personal über Gestellungsverträge etc.
auf VK umgerechnet)

Schichtdienst (ja / nein)

Anzahl Auszubildende

Ausgegliederte Leistungsprozesse (z.B. Küche, EDV,
ZSVA, etc.)

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

FÜR DEN AKUTBEREICH (QUALITÄTSSIEGEL GERIATRIE ADD-ON)

Anzahl Stationen in der Abteilung Geriatrie

Anzahl Betten in der Abteilung Geriatrie

DOKUMENTATION

Bitte teilen Sie uns mit, ob eine Dokumentation zur Verfügung steht.



Kundeninformation/Datenerklärung DIN EN ISO 9001 / Qualitätssiegel Geriatrie

Eine Dokumentation ist vorhanden in Arbeit nicht vorhanden

ZERTIFIZIERUNG

Gewünschtes Verfahren

- DIN EN ISO 9001
- Qualitätssiegel Geriatrie für Akutkliniken
- Qualitätssiegel Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen
- Qualitätssiegel Geriatrie Add-On
- Qualifiziertes Schmerzmanagement

Zertifizierungszyklus

- Erstzertifizierung
- Rezertifizierung

Im Fall einer Rezertifizierung:
Wievielte Rezertifizierung?

Im Fall einer Zertifikatsübernahme: Von welcher
Zertifizierungsstelle stammt das Zertifikat?

Zertifikat ist gültig bis

IHR ANLIEGEN

Teilen Sie uns mit, was Sie wünschen:

- ein Neuangebot
- eine Angebotsrevision
- allgemeine Informationen

Ist Ihre Einrichtung an mehreren Standorten ansässig? Ja Nein

Wenn ja:

STANDORT A

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen

STANDORT B

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen

STANDORT C

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen

STANDORT D

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen

Kundeninformation/Datenerklärung DIN EN ISO 9001 / Qualitätssiegel Geriatrie



Kundeninformation Datenerklärung Qualitätssiegel Geriatrie - Dokument Nr. B01-3 - Rev. 4 / 10.04.2018

IHR ANLIEGEN

STANDORT E

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen

STANDORT F

Standort

Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitkräfte)

Dienstleistungen

Weitere Standorte bitten wir auf einem separaten Blatt anzugeben.

IHRE MITTEILUNG

Nutzen Sie dieses Feld für ergänzende Angaben und Mitteilungen

[Empty text area for customer communication]

ERKLÄRUNG

Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
Hatten Sie eine Beratung, wenn ja durch wen?

[Empty text area for response]

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

[Empty text area for location and date]

[Empty text area for signature]