



Kundeninformation/Datenerklärung QMKD

ANGABEN ZU IHRER EINRICHTUNG

Organisation

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

ZERTIFIZIERUNG

Vorgesehener Zertifizierungstermin

Zertifizierungszyklus

- Erstzertifizierung
 Rezertifizierung

Im Fall einer Rezertifizierung:
Wievielte Rezertifizierung?

Zertifikat ist gültig bis



Kundeninformation/Datenerklärung QMKD

SPEZIELL BEI ZERTIFIZIERUNGEN NACH QMKD

Anzahl der Patienten mit Diabetes mellitus (Typ 1 bzw. Typ 2), die in den letzten 12 Monaten ärztlich behandelt wurden:

Anzahl Erwachsene mit Diabetes mellitus Typ 1

Antragsformular bei der DDG

- liegt vor
 liegt nicht vor

Anzahl Erwachsene mit Diabetes mellitus Typ 2

Antragsformular bei der BVKD

- liegt vor
 liegt nicht vor

Anzahl Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus

IHRE MITTEILUNG

Nutzen Sie dieses Feld für ergänzende Angaben und Mitteilungen

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