



Kundeninformation/Datenerklärung Audit „Risikomanagement“

ANGABEN ZU IHRER EINRICHTUNG

Organisation

Art der Einrichtung

ambulant

stationär

Straße

PLZ

Ort

KONTAKT

Benennen Sie uns bitte eine/n Ansprechpartner/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



Kundeninformation/Datenerklärung Audit „Risikomanagement“

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



Kundeninformation/Datenerklärung Audit „Risikomanagement“

ANGABEN ZUM AUDITUMFANG

Allgemeine Anforderungen

- Anforderungen an ein Risikomanagementsystem gem. G-BA Beschluss
- Anforderungen an ein Risikomanagementsystem gem. ONR 49000ff
- Anforderungen Dimension Patientensicherheit (gem. Qualitaetskliniken.de)
- Anforderungen APS an Patientensicherheit

Bereiche

- OP Anzahl OP´s: ____
- ZSVA – Sterilgutaufbereitung Anzahl STE´s: ____
- Hämotherapie gem. TFG
- Patientenrechtegesetz, Aufklärung
- Dokumentation der Patientenbehandlung
- Hygienemanagement
- Dialyse
- Zentrale Notaufnahme - ZNA
- Intensivstation Anzahl Betten: ____

Sonstige Bereiche:

Besonderheiten:



Kundeninformation/Datenerklärung Audit „Risikomanagement“

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