



Kundeninformation/Datenerklärung Risikoanalyse

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

mit operativer Abteilung

mit psychiatrischer und/oder psychosomatischer Abteilung

nur psychiatrische und/oder psychosomatische Abteilung



Kundeninformation/Datenerklärung Risikoanalyse

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 Risikoanalyse

ANGABEN ZUR RISIKOANALYSE

Auf welche Bereiche soll sich die Risikoanalyse beziehen?

- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| <i>OP</i> | <input type="checkbox"/> | <i>Anzahl OP´s: ____</i> | <i>Anzahl Mitarbeiter ____</i> |
| <i>ZSVA – Sterilgutaufbereitung</i> | <input type="checkbox"/> | <i>Anzahl STE´s: ____</i> | <i>Anzahl Mitarbeiter ____</i> |
| <i>Hämotherapie gem. TFG</i> | <input type="checkbox"/> | | |
| <i>Patientenrechtegesetz, Aufklärung</i> | <input type="checkbox"/> | | |
| <i>Dokumentation der Patientenbehandlung</i> | <input type="checkbox"/> | | |
| <i>Hygienemanagement</i> | <input type="checkbox"/> | | |
| <i>Dialyse</i> | <input type="checkbox"/> | | <i>Anzahl Mitarbeiter ____</i> |
| <i>Zentrale Notaufnahme - ZNA</i> | <input type="checkbox"/> | | <i>Anzahl Mitarbeiter ____</i> |
| <i>Intensivstation</i> | <input type="checkbox"/> | <i>Anzahl Betten: ____</i> | <i>Anzahl Mitarbeiter ____</i> |

Sonstige Bereiche (Mit Anzahl der Mitarbeiter, die in diesem Bereich tätig sind):

Besonderheiten:



Kundeninformation/Datenerklärung Risikoanalyse

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