# Pflichtangaben

*Die folgenden Angaben sowie die Unterschrift (s. Punkt 2) benötigen wir zwingend, um Ihnen ein Angebot erstellen zu können.*

|  |  |
| --- | --- |
| Anfragende Organisation | z.B. Brustzentrum am Klinikum Beispielhausen |
| Klinikum/Unternehmen: | z.B. Klinikum Beispielhausen |
| Anschrift:  (Straße, PLZ, Ort) | z.B. Straße der Zertifizierung 1 in 12345 Beispielhausen |
| Anzahl der Standorte  im Geltungsbereich: | z. B. 4 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Leitung der Organisation | Managementsystembeauftragte/r |
| Titel, Name, Vorname |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |
| E-Mail |  |  |

Normen oder andere Anforderungen, nach denen die Zertifizierung angestrebt wird:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 |  |  | Zertifizierung nach DIN EN 15224:2017 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Sonstige Zertifizierung, bitte spezifizieren: |  |

**Organisation mit mehreren Standorten**

**Geltungsbereich der Zertifizierung und Mitarbeiter (MA)**

In der nachfolgenden Tabelle sind die in den zu zertifizierenden Geltungsbereich eingebundenen Mitarbeiter zu nennen. Die Angaben bitte vollständig und korrekt darstellen, da diese die Grundlage für die Aufwandskalkulation und für die Erstellung des Zertifizierungsnachweises sind. Für organisatorisch abzugrenzende Zentren (z.B. EPZ) sind die Mitarbeiter aus dem Geflecht der Klinik anteilig des Betätigungsfeldes zu nennen. Mitarbeiter in der Arbeitnehmerüberlassung sind bei den Angaben miteinzubeziehen. Bei saisonalen Einsätzen sind die Angaben auf das typischerweise in der Hauptsaison anwesende Personal zu beziehen. Informationen zu relevanten Einzelheiten zum Geltungsbereich einschließlich Namen sowie Anschriften ihrer Standorte, ihrer Prozesse und Tätigkeiten, personelle und technische Ressourcen, Funktionen, Beziehungen sowie alle maßgeblichen rechtlichen Verpflichtungen sind bereitzustellen.

**Bitte senden Sie uns mit der Anfrage das Organigramm, eine Übersicht der Prozesse (z. B. Prozesslandschaft) sowie die Genehmigungen Ihrer Tätigkeit zu.**

**Zentrale:**

Die Zentrale ist die Stelle, die für das Managementsystem verantwortlich ist und dieses zentral kontrolliert. Die Zentrale ist diejenige Stelle, von der aus die betriebliche Kontrolle und Befugnisse der obersten Leitung der Organisation auf jeden Standort ausgeübt werden. Es ist nicht notwendig, dass sich die Zentrale an einem Standort befindet.

Bei den Angaben der MA und VK der Zentrale, sind lediglich diejenigen Mitarbeiter zu berücksichtigen, die für die zentralen Prozesse bzgl. des QM-Systems (i. d. R. Leitung, QM-Abteilung etc.) zuständig sind.

Beispiel: Bei einem Träger mit mehreren Krankenhäusern existiert ein gemeinsames QM und die Mitarbeiter im QM und die Geschäftsführung sind am Standort 1 angesiedelt, an dem sich auch eines der Krankenhäuser befindet. Die Mitarbeiter, die für die zentralen Prozesse zuständig sind, sind bei der Zentrale anzugeben, wohingegen die Mitarbeiter, die für die klinischen Prozesse am Standort 1 verantwortlich sind, bei Standort 1 zu berücksichtigen sind.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ggf. Standort / Adresse** | **Anzahl der MA** | **Stellenanteile in VK** |
| z.B. Straße der Zertifizierung 1 in 12345 Beispielhausen | 4 | 2,5 |

**Standort 1:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse | Geltungsbereich  (wie auf Zertifikat gewünscht) |
| z.B. Straße der Zertifizierung 1 in 12345 Beispielhausen | z.B. EndoProthetikZentrum am Klinikum Beispielhausen für den Bereich stationäre ärztliche und pflegerische Versorgung, der Ambulanz/Sprechstunde, OP sowie den indikativen Leistungen der Kooperationspartner |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sofern möglich: Gliederung nach Fachrichtung / Organisationseinheiten innerhalb des Geltungsbereiches oder nach Berufsgruppen** | **Anzahl der MA** | **Stellenanteile in VK** | **Schichtdienst** |
| Orthopädie: Sprechstunde und Ambulanz | 4 | 2,5 | X |
| Orthopädie: Station 4 | 12 | 7,5 | X |
| Orthopädie: OP | 18 | 10 | X |
| Radiologie | 1 | 0,5 | X |
| **SUMME** | **52** | **29,5** |  |

Tabelle bei Bedarf erweitern. VK: Vollzeitkräfte, äquivalente Stellenanteile.

**Standort 2:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse | Geltungsbereich  (wie auf Zertifikat gewünscht) |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sofern möglich: Gliederung nach Fachrichtung / Organisationseinheiten innerhalb des Geltungsbereiches oder nach Berufsgruppen** | **Anzahl der MA** | **Stellenanteile in VK** | **Schichtdienst** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SUMME** |  |  |  |

Tabelle bei Bedarf erweitern. VK: Vollzeitkräfte, äquivalente Stellenanteile.

**Standort 3:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse | Geltungsbereich  (wie auf Zertifikat gewünscht) |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sofern möglich: Gliederung nach Fachrichtung / Organisationseinheiten innerhalb des Geltungsbereiches oder nach Berufsgruppen** | **Anzahl der MA** | **Stellenanteile in VK** | **Schichtdienst** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SUMME** |  |  |  |

Tabelle bei Bedarf erweitern. VK: Vollzeitkräfte, äquivalente Stellenanteile.

**Standort 4:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresse | Geltungsbereich  (wie auf Zertifikat gewünscht) | | | |
| **Sofern möglich: Gliederung nach Fachrichtung / Organisationseinheiten innerhalb des Geltungsbereiches oder nach Berufsgruppen** | | | **Anzahl der MA** | **Stellenanteile in VK** | **Schichtdienst** |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
| **SUMME** | | |  |  |  |

Tabelle bei Bedarf erweitern. VK: Vollzeitkräfte, äquivalente Stellenanteile.

**Standort 5:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse | Geltungsbereich  (wie auf Zertifikat gewünscht) |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sofern möglich: Gliederung nach Fachrichtung / Organisationseinheiten innerhalb des Geltungsbereiches oder nach Berufsgruppen** | **Anzahl der MA** | **Stellenanteile in VK** | **Schichtdienst** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SUMME** |  |  |  |

Tabelle bei Bedarf erweitern. VK: Vollzeitkräfte, äquivalente Stellenanteile.

**Standort 6:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse | Geltungsbereich  (wie auf Zertifikat gewünscht) |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sofern möglich: Gliederung nach Fachrichtung / Organisationseinheiten innerhalb des Geltungsbereiches oder nach Berufsgruppen** | **Anzahl der MA** | **Stellenanteile in VK** | **Schichtdienst** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SUMME** |  |  |  |

**Standort 7:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse | Geltungsbereich  (wie auf Zertifikat gewünscht) |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sofern möglich: Gliederung nach Fachrichtung / Organisationseinheiten innerhalb des Geltungsbereiches oder nach Berufsgruppen** | **Anzahl der MA** | **Stellenanteile in VK** | **Schichtdienst** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SUMME** |  |  |  |

**Standort 8:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse | Geltungsbereich  (wie auf Zertifikat gewünscht) |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sofern möglich: Gliederung nach Fachrichtung / Organisationseinheiten innerhalb des Geltungsbereiches oder nach Berufsgruppen** | **Anzahl der MA** | **Stellenanteile in VK** | **Schichtdienst** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SUMME** |  |  |  |

**Standort 9:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse | Geltungsbereich  (wie auf Zertifikat gewünscht) |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sofern möglich: Gliederung nach Fachrichtung / Organisationseinheiten innerhalb des Geltungsbereiches oder nach Berufsgruppen** | **Anzahl der MA** | **Stellenanteile in VK** | **Schichtdienst** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SUMME** |  |  |  |

Bei Bedarf gerne um Tabellen erweitern.

# Weitergehende Angaben

*Die folgenden Angaben sind nicht zwingend erforderlich. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir dennoch um die Angabe der Daten, da dies z.B. zu einer Reduktion des Auditaufwands führen kann.*

1. Stellt die Anfrage eine Übernahme einer bestehenden Zertifizierung dar?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | nein |  |  | ja | Gültigkeit Ihres bestehenden Zertifikates |  |

Da wir die Übernahme vor der Erstellung der Aufwandskalkulation prüfen müssen, benötigen wir als Anlage zu diesem Dokument zwingend die nachfolgenden Unterlagen:

* Ihr aktuell gültiges QM-Zertifikat
* Die Auditberichte der letzten drei Jahre
* Ggf. offene Nicht-Konformitäten (Abweichungen und Aktionspläne) aus vorangegangenen Audits

1. Wann soll das Audit stattfinden?

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung: |  |

1. Bitte kreuzen Sie in der nachfolgenden Reihe das entsprechende Feld an, sofern ein zeitlich paralleles Audit gewünscht ist:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | EndoCert |  |  | OnkoZert |

Bei gewünschtem parallelen Audit: Die Anfrage für die Zertifizierung nach einem fachlichen Zertifizierungsstandard erfolgt separat. Es handelt sich hierbei um separate Zertifizierungsverfahren. Bitte beachten Sie die jeweiligen Dokumente und Fristen.

1. Seit wann ist das QM-System eingeführt? (bitte objektiven Nachweis beifügen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| seit: |  |  |

1. Wurde die Einführung durch externe Stellen (Berater) begleitet?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

Wenn ja, durch welche Stelle bzw. welchen Berater?

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Verfügen Sie bereits über andere Zertifizierungen in Ihrer Organisation?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

Wenn ja, über welche (Bitte objektive Nachweise beifügen)?

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Gibt es ausgegliederte Prozesse, die von Ihrer Organisation genutzt werden und die Konformität mit den Anforderungen beeinflussen?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

Wenn ja, über welche?

|  |
| --- |
|  |
|  |

# Unterschrift

Für die Richtigkeit der Angaben **(Hinweis: Das Dokument ist durch eine einzelvertretungsberechtigte oder bevollmächtigte Person (die entsprechende Vollmacht ist beizufügen) zu unterzeichnen.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Ort, Datum |  | Name ( Blockbuchstaben) |  | Unterschrift (anfragende Organisation) |