*Die folgenden Angaben sowie die Unterschrift benötigen wir zwingend, um Ihnen ein Angebot erstellen zu können.*

|  |  |
| --- | --- |
| Anfrage Abteilung /  Klinik: |  |
| Klinikum/Unternehmen: |  |
| Anschrift/Standorte  (Straße, PLZ, Ort): | * Standort 1: z.B. Straße der Zertifizierung 1 in 12345 Beispielhausen * Standort 2… |
| Homepage: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Leitung der Abteilung / Klinik | QMB |
| Titel, Name, Vorname |  |  |
| Tel. (Durchwahl): |  |  |
| E-Mail: |  |  |
| Ansprechpartner  für ClarCert:  (Bitte ankreuzen) |  |  |

**ANOA-Mitglied:**

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

**Zertifizierung nach dem ANOA Konzept unter Anwendung folgender Therapiemodule (Mind. 1, bitte ankreuzen):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Multimodal – nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS 8-977) |
|  |  |
|  | Multimodale Schmerztherapie des Bewegungssystems (OPS 8-918) |
|  |  |
|  | Rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8-983) |

**Angaben Basismodul***- Angaben zwingend erforderlich –*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Struktur** | **Vorletztes**  **Kalenderjahr** | **Letztes**  **Kalenderjahr** | **Aktuelles**  **Kalenderjahr**  **(Prognose)** |
| Anzahl Komplexbehandlungen des Bewegungssystems (Abrechnung von OPS 8-977; 8-918; 8-983) |  |  |  |
| Durchschnittlich belegte Betten  (gesamt) |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung des Klinikums: (Bitte möglichst auf Monats- oder Wochenebene konkretisieren) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Besteht eine aktuell gültige QM-Zertifizierung? \* | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ISO 9001:2015 |  |  | Zertifikat liegt vor |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | KTQ |  |  | Zertifizierungsstelle beauftragt |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Sonstige |  |  | Kein zertifiziertes QM |
|  | | | | | | |

\* zur Zertifizierung als zertifizierte Einrichtung nach den Anforderungen von ANOA-Cert nicht zwingend erforderlich.

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Zertifizierungsstelle |  |
|  |  |

**Bei vorhandener QM-Zertifizierung ist der Nachweis (Zertifikat) mit dieser Anfrage bei ClarCert einzureichen.**

Wurde die Einführung durch externe Stellen (Berater) begleitet?

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

Wenn ja, ist die externe Stelle (Berater) zur Kommunikation mit der ClarCert berechtigt und ist die ClarCert hinsichtlich der Vertraulichkeit mit der externen Stelle entbunden?

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner, Tel.-Nr.: |  |

Wir nehmen den von Ihnen angegebenen Berater bis zu Ihrem Widerspruch in die Kommunikation auf.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Hiermit bestätigen wir, dass der Personalschlüssel für das oben gewählte Modul / für die oben gewählten Module gemäß dem Anforderungskatalog erfüllt wird. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Verantwortliche Person (Unterschrift anfragende Klinik) |