|  |  |
| --- | --- |
| Anfragende Station: | z. B. Palliativstation Klinikum Musterhaft Beispielhausen |
| Klinikum/Unternehmen: | z. B. Klinikum Musterhaft |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort): | z. B. Karlstraße 4 in 12345 Musterhausen |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DKG-Zertifizierung\*** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Die Anerkennung ist ausschließlich den von der DKG zertifizierten Onkologischen Zentren vorbehalten. |
|  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | Zertifikat liegt vor (beiliegend) |
|  |
|  |  |  | Zertifizierung beantragt, Auditdatum falls bekannt:  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **QM-Zertifizierung\*** | Art/Modell des QM-Systems |  |  |  |
|  |  |  | ISO 9001 |  |  | DIN EN 15221 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | KTQ |  |  | kein zertifiziertes QM |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Sonstige  |  |  |  |
|  |

\* zur Anerkennung der Palliativstation nicht zwingend erforderlich.

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Zertifizierungsstelle |  |
| (sofern bekannt) |  |

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (anfragende Palliativstation) |