|  |  |
| --- | --- |
| Klinikum / Unternehmen: | z.B. Klinikum SoUndSo |
| Abteilung: | z.B. Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort) | z.B. Blumenstr. 1 in 12345 Beispielstadt |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Klinikleitung | Stillbeauftragte | QMB |
| Titel, Name, Vorname |  |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |  |
| Fax |  |  |  |
| E-Mail |  |  |  |
| Ansprechpartner / -in (organisatorisch) für ClarCert | Bitte ankreuzen | Bitte ankreuzen | Bitte ankreuzen |
| Ansprechpartner / -in (fachlich) für ClarCert und dieGutachterinnen | Bitte ankreuzen | Bitte ankreuzen | Bitte ankreuzen |

Angefragt wird die Zertifizierung als

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Babyfreundliche Geburtsklinik |
|  |  |  |
|  |  | Babyfreundliche Kinderklinik |
|  |  |  |
|  |  | Babyfreundliche Perinatalklinik |

Für eine Zertifizierung ist es erforderlich,

* dass die Richtlinien zu den 10 Schritten lückenlos vorliegen,
* dass der WHO-Kodex vollständig eingehalten wird,
* dass das Stillen & Bonding (Schritt 1.5) beobachtet und dokumentiert werden,
* dass die Kliniken bereits seit mindestens 6 Monaten Mitglied im Verein der Initiative sind.

Darüber hinaus sind die Anforderungen des aktuellen Anforderungskataloges zu mindestens 80 % zu erfüllen.

**Gebühren:**

Die Gebühren für das Zertifizierungsverfahren werden gemäß der Gebührenordnung (Einsichtnahme auf Anfragen) berechnet und nach Abschluss der zu erbringenden Dienstleistung fällig.

|  |  |
| --- | --- |
| Wunschtermin für das Audit: |  |
| Alternativer Termin: |  |
| (mögliche Termine bitte eintragen; Dauer 2,5 - 3 Tage; etwa sechs Monate Vorlauf) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ist ein Voraudit gewünscht? | nein |  |  | ja |  | Möglicher Termin: |  |

 Gültiger Lizenzvertrag mit BFHI seit (Datum):

Wurde die Einführung durch externe Stellen (Berater /-in) begleitet?

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner / -in: |  |

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (anfragendes Klinikum/Unternehmen) |