

---

## Registrierungsformular Nationale Messungen Psychiatrie

---

Name der Klinik:	
Betriebstyp	<input type="checkbox"/> Einzelklinik BUR-Nr,  <input type="checkbox"/> Klinikgruppe Standort 1 Name BUR-Nr.  Standort 2 Name BUR-Nr.  Standort 3 Name BUR-Nr.  Bei mehr als 3 Standorten bitte zusätzliches Formular verwenden
Adresse der Klinik	
Spitaldirektion: Name: Telefonnummer Email-Adresse	
Für die Messungen Psychiatrie und deren ihre Koordination operativ verantwortlichen Person: Name: Funktion: Telefonnummer Email-Adresse	

Für die technischen Aspekte der Messungen Psychiatrie (IT, Datenlieferung) zuständige Person: Name: Funktion: Telefonnummer Email-Adresse	
Technik für die ANQ Messungen Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Messungen ins Klinik-Informationssystem integriert Klinikinformationssystem: _____ <input type="checkbox"/> Messung mittels Qtools <input type="checkbox"/> Messungen anders: _____

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Formulars verpflichtet sich die psychiatrische Klinik gegenüber dem ANQ die Messungen Psychiatrie gemäss dem Umsetzungskonzept vom 20. Januar 2012 sowie dem Manual für Erfassende vom 1. Dezember 2015 (Version 4) vorzunehmen.  
 Hinsichtlich der Datenschutzbestimmungen gilt neben den eidgenössischen und kantonalen gesetzlichen Grundlagen auch das Datenreglement ANQ vom 21. September 2011.  
 Es unterzeichnen rechtsgültig für die psychiatrische Klinik:

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Vorname, Name, Funktion

\_\_\_\_\_  
 Vorname, Name, Funktion

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Bitte ausgefüllt und unterzeichnet zurücksenden an: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Geschäftsstelle, Thunstrasse 17, Postfach 370, 3000 Bern 6.

Bitte das elektronisch ausgefüllte Formular zurücksenden an: [info@anq.ch](mailto:info@anq.ch)