

## Modulo di registrazione Misure nazionali nella psichiatria

Nome della clinica:	
Tipo di istituto	<input type="checkbox"/> Clinica individuale N. RIS  <input type="checkbox"/> Gruppo di cliniche Sede 1 Nome N. RIS  Sede 2 Nome N. RIS  Sede 3 Nome N. RIS  Se ci sono più di tre sedi, compilare un modulo supplementare.
Indirizzo della clinica:	
Direzione ospedaliera Nome: Numero di telefono: E-mail:	

Persona responsabile delle misure e del loro coordinamento Nome: Funzione: Numero di telefono: E-mail:	
Persona responsabile degli aspetti tecnici delle misure (informatica, fornitura dei dati)	

Nome: Funzione: Numero di telefono: E-mail:	
Tecnica per le misure dell'ANQ nella psichiatria	<input type="checkbox"/> Misure integrate nel sistema informatico della clinica Sistema informatico della clinica: _____ <input type="checkbox"/> Misura mediante qtools <input type="checkbox"/> Altro: _____

Firmando il presente modulo, la clinica psichiatrica si impegna nei confronti dell'ANQ a svolgere le misure nella psichiatria conformemente al concetto di attuazione del 20 gennaio 2012 e al manuale del 20 gennaio 2012.

Per quanto concerne la protezione dei dati, oltre alle basi giuridiche federali e cantonali vale il Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati del 21 settembre 2011.

Firma giuridicamente valida per la clinica psichiatrica:

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome, cognome, funzione

\_\_\_\_\_  
Nome, cognome, funzione

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

Da spedire compilato e firmato all'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche, Segretariato, Thunstrasse 17, casella postale 370, 3000 Berna 6.

Il modulo in formato elettronico va invece ritornato a [info@anq.ch](mailto:info@anq.ch).