
Formulaire d'inscription ANQ - Domaine de spécialisation Réadaptation

Date

Votre clinique a signé [le contrat national de la qualité](#) et s'est ainsi engagée à réaliser les mesures de l'ANQ prescrites dans ce document. Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous lister ci-après:

- ...l'offre de prestations de réadaptation stationnaire proposée par votre clinique et les instruments utilisés à cet effet,
- ...les noms des personnes responsables des mesures qui devraient recevoir régulièrement des informations.

En cas de modification de l'offre de prestations de réadaptation ou d'un changement de personnel, nous vous remercions de nous communiquer la mutation à l'aide du présent formulaire.

Une fois votre enregistrement réussi, l'ANQ vous fera parvenir des informations supplémentaires et activera les processus de licence pour les instruments sous licence (notamment FIM/MIF, MacNew Heart, CRQ).

Informations sur la clinique (merci de compléter un formulaire par site)

Nom de la clinique>

Nom de la clinique suppl. 1>

Nom de la clinique suppl. 2>

Rue 1>

Rue 2>

CP et lieu>

Numéro REE>

Groupe hospitalier>

Nom du groupe hospitalier>

Personne(s) responsable(s) des mesures dans la clinique Instruments de relevé

Direction>

(Prénom, nom, Email, téléphone)

Personne(s) responsable(s) Q>

(Prénom, nom, fonction, Email, téléphone)

Personne(s) responsable(s) TIC>

(Prénom, nom, fonction, Email, téléphone)

Instruments de relevé>

SIC

et/ou avec logiciel spécial>



**Informations sur la mesure ANQ
„Module 2a – Réadaptation musculo-squelettique“**

Indication>
Instruments>

Personne(s) responsable(s)
de la mesure>
(Prénom, nom, fonction, Email,
téléphone)

**Informations sur la mesure ANQ
„Module 2b – Réadaptation neurologique“**

Indication>
Instruments>

Personne(s) responsable(s)
de la mesure>
(Prénom, nom, fonction, Email,
téléphone)

**Informations sur la mesure ANQ
„Module 3a – Réadaptation cardiaque“**

Indication>
Instruments>

Personne(s) responsable(s)
de la mesure>
(Prénom, nom, fonction, Email,
téléphone)



**Informations sur la mesure ANQ
„Module 3b – Réadaptation pulmonaire“**

Indication>
Instruments>

Personne(s) responsable(s)
de la mesure>
(Prénom, nom, fonction, Email,
téléphone)

**Informations sur la mesure ANQ
„Modules 2/3 – Autre réadaptation“**

Indication>

Réadaptation gériatrique>

Indication>
Dispense>

si Non>

Personne(s) responsable(s)
de la mesure>
(Prénom, nom, fonction, Email,
téléphone)

Réadaptation en médecine interne & oncologique>

Indication>
Dispense>

si Non>

Personne(s) responsable(s)
de la mesure>
(Prénom, nom, fonction, Email,
téléphone)

Réadaptation pédiatrique>

Indication>
Dispense>

si Non>

Personne(s) responsable(s)
de la mesure>
(Prénom, nom, fonction, Email,
téléphone)



Réadaptation paraplégiologique>

Indication>
Dispense>

si Non>

Personne(s) responsable(s)
de la mesure>
(Prénom, nom, fonction, Email,
téléphone)

Réadaptation psychosomatique>

Indication>
Dispense>

si Non>

Personne(s) responsable(s)
de la mesure>
(Prénom, nom, fonction, Email,
téléphone)

Remarques

Personne de contact en cas de questions

Sélection>