**Modulo di registrazione**

**Misure nazionali nella psichiatria**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome della clinica |  |
| Tipo di istituto | Clinica individuale: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  N. RIS: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Gruppo di cliniche: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Sede 1: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Nome: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  N. RIS: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Sede 2: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Nome: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  N. RIS: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Sede 3: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Nome: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  N. RIS: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Se ci sono più di tre sedi, compilare un modulo supplementare. |
| Indirizzo della clinica | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Direzione ospedaliera  Nome:  Numero di telefono  E-Mail | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Persona responsabile delle misure ANQ  Nome:  Funzione:  Numero di telefono  E-Mail: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Persona responsabile degli aspetti tecnici delle misure (informatica, fornitura dei dati)  Nome:  Funzione:  Numero di telefono  E-Mail: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Firmando il presente modulo, la clinica psichiatrica si impegna nei confronti dell’ANQ a svolgere le misure nella psichiatria.

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:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Data Data

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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)