**Registrierungsformular**

**Nationale Messung Psychiatrie**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Klinik: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Betriebstyp | Einzelklinik: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  BUR-Nr: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Klinikgruppe: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Standort 1: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  BUR-Nr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Standort 2: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  BUR-Nr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Standort 3: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  BUR-Nr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Bei mehr als 3 Standorten bitte zusätzliches Formular verwenden |
| Adresse der Klinik | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Spitaldirektion  Name:  Telefonnummer  Email-Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| ANQ-Messverantwortliche  Name:  Funktion:  Telefonnummer  Email-Adresse: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Für die technischen Aspekte der Messungen Psychiatrie (IT, Datenlie- ferung) zuständige Person  Name:  Funktion:  Telefonnummer  EMail-Adresse: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Formulars verpflichtet sich die psychiatrische Klinik gegenüber dem ANQ die Messungen Psychiatrie vorzunehmen.

Hinsichtlich der Datenschutzbestimmungen gilt neben den eidgenössischen und kantonalen gesetzlichen Grundlagen auch das Datenreglement ANQ vom 21. September 2011.

Es unterzeichnen rechtsgültig die psychiatrische Klinik:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Datum Datum

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname, Name, Funktion Vorname, Name, Funktion

Unterschrift Unterschrift

Bitte ausgefüllt und unterzeichnet zurücksenden an: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Geschäftsstelle, Weltpostrasse 5, 3015 Bern oder per E-Mail an [info@anq.ch](mailto:info@anq.ch)