**Formulaire d’enregistrement**

**Mesures nationales Psychiatrie**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la clinique |  |
| Type d’établissement | Clinique individuelle : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  No REE : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Groupe de cliniques : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Site 1 : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Nom : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  No REE : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Site 2 : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Nom : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  No REE : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Site 3 :Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Nom :Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  No REE :Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Au delà de 3 sites, merci d’utiliser un formulaire supplémentaire. |
| Adresse de la clinique | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Direction de la clinique :  Nom :  No de téléphone :  Adresse Email : | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Responsable des mesures ANQ  Nom :  Fonction :  No de téléphone :  Adresse Email : | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Personne responsable des aspects techniques des mesures en psychiatrie (IT, livraison des données)  Nom :  Fonction :  No de téléphone :  Adresse Email : | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Par la signature du présent formulaire, la clinique psychiatrique s’engage vis-à-vis de l’ANQ à réaliser les mesures Psychiatrie.

Les dispositions sur la protection des données reposent sur les bases légales fédérales et cantonales ainsi que le règlement des données de l’ANQ du 21 septembre 2011.

Signatures autorisées pour la clinique psychiatrique :

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Date Date

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Prénom, nom, fonction Prénom, nom, fonction

Signature Signature

Merci de bien vouloir retourner ce formulaire complété et signé à : Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, bureau central, Thunstrasse 17, case postale 370, 3000 Berne 6

Le formulaire complété peut également être adressé par voi électronique à : [info@anq.ch](mailto:info@anq.ch)