

REGISTRIERUNGSFORMULAR

FACHBEREICH PSYCHIATRIE

DATUM>

GÜLTIG AB>

Ihre Klinik hat den [Nationalen Qualitätsvertrag](#) unterzeichnet und verpflichtet sich dadurch, die darin vorgeschriebenen ANQ-Messungen durchzuführen. Wir bitten Sie nachfolgend aufzuführen:

- welches stationäre psychiatrische Leistungsangebot Ihre Klinik anbietet und welchem Kliniktyp (nur Erwachsenenpsychiatrie) Ihre Klinik angehört,
- welches die messverantwortlichen Personen sind, die regelmässig mit Informationen bedient werden sollen.

Bei einer Veränderung im psychiatrischen Leistungsangebot, bitten wir Sie um eine entsprechende Mutation. Nach dieser erfolgreichen Registrierung erhalten Sie vom ANQ weitere Informationen.

ANGABEN ZUR KLINIK

Klinikgruppe>

Klinikgruppenname>

Name der Klinik>

Name der Klinik Zusatz 1>

Name der Klinik Zusatz 2>

Strasse 1>

Strasse 2>

Postleitzahl und Ort>

Spitaltypologie>

UID>

Spital-ID>

BUR-Nummer>

MESSVERANTWORTLICHE PERSON/EN

Direktion>

(Vorname, Name, E-Mail, Telefon)

Q-Verantwortliche PersonEN>

(Vorname, Name, Funktion,
E-Mail, Telefon)

ICT-Verantwortliche PersonEN>

(Vorname, Name, Funktion,
E-Mail, Telefon)

PSYCHIATRIEBEREICH/E

Erwachsenenpsychiatrie (EP)>

Die Selbstdeklaration des Kliniktyps erfolgt gemäss den ANQ-Vorgaben (siehe auch Anhang).

Kliniktyp>

Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)>

Der ANQ überprüft nicht, ob die gewählten Psychiatriebereiche/Kliniktypen mit den kantonalen Leistungsaufträgen/Tarifverträgen Ihrer Klinik übereinstimmen. Dies liegt in der Verantwortung Ihrer Klinik und der Kostenträger.

BEMERKUNGEN

Bitte das vollständige Formular (keine Unterschrift/en erforderlich) zurücksenden an: psychiatrie@anq.ch