**Angaben zur Erstellung eines Angebotes / Basisdaten**

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an den Dienstleistungen der proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft. Mit Ihrer Anfrage erheben wir Informationen zur Erstellung eines individuellen, passgenauen und kostenlosen Angebots. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen behandelt.

**1. Kontaktadresse Kundennummer (wenn vorhanden)**

**Name der Einrichtung**

Straße/Postfach

Land/PLZ/Ort

Internet-Adresse

Rechtsform /   
Aktenzeichen des Registereintrags

**Rechtliche Vertretung**Titel, Vorname, Name

Funktion

Telefon

E-Mail

**Ansprechpartner/in**Titel, Vorname, Name

Funktion

Telefon

E-Mail

**Träger der Einrichtung/ Verband**

Verbandszugehörigkeit  konfessionell  freigemeinnützig  öffentlich  privat

Konfession  katholisch  evangelisch

**Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben im gesamten Dokument:**

Datum:       Unterschrift der rechtlichen Vertretung:

Name und Funktion in Druckbuchstaben:

**2. Angaben zur Begutachtung**

**Art der Einrichtung:**

Akutklinik  Fachklinik

Rehabilitationseinrichtung  stationäre oder teilstationäre Pflegeeinrichtung

ambulanter Pflegedienst  Hospiz

Sonstige:

**Gewünschte Begutachtung nach:**

***- eine Kombination verschiedener Regelwerke ist möglich (Mehrfachauswahl)***

pCC inkl. KTQ Krankenhaus  KTQ Krankenhaus

KTQ Praxen  KTQ Pflege

KTQ-QMKD  BVKD

Modellunabhängige MAAS-BGW für QM-Modell

Bitte nennen Sie uns Ihre Mitglieds-Nr. BGW:

Sonstige:

**Ist Ihr QM-System bereits begutachtet?**

Nein  Ja, durch

nach

Zertifikat gültig bis

**Wie ist Ihr QM-System strukturiert?**

ein Rahmen-QMH mit standortspezifischem Handbuch

ein QMH für alle Standorte

ein eigenes QMH pro Standort

**Für welchen Standort/Bereich möchten Sie das Zertifikat?**

Ein Zertifikat für alle Standorte

Pro Standort ein eigenes Zertifikat

Ein Bereichs-/Abteilungsbezogenes Zertifikat

**Wann wurde Ihr QM System in Kraft gesetzt (Erstes Freigabedatum des QM-Handbuchs)?**

**Wann soll Ihre Einrichtung begutachtet werden?**

**Wurden Sie durch eine/n Berater/in unterstützt?**  ja  nein

(z.B. externe Berater, Fachberatung durch Träger, usw.)

Wenn ja, durch wen?

**3. Darstellung der Standorte**

**(3.1 Krankenhäuser, 3.2 Rehabilitationseinrichtungen, 3.3 Pflegeeinrichtungen, -dienste und Hospize)**

|  |
| --- |
| **3.1 Auszufüllen für Krankenhäuser - Zentrale und zu begutachtende Standorte1** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Hauptsitz/ Zentrale:** | **Standort 1:** | **Standort 2:** |
| **Straße** |  |  |  |
| **PLZ / Ort** |  |  |  |
| **Anzahl der stationären Fälle pro Jahr** |  |  |  |
| **Anzahl der Betten führenden Fachabteilungen je Standort/ Betriebsstätte:**  **(Siehe unten)** |  |  |  |
| **Betten führende Fachabteilungen im Einzelnen:**  (Anm.: Nennen Sie bitte die Fachabteilungen mit **Schlüssel nach § 301 SGB V**) |  |  |  |
| **Nicht Betten führende Fachabteilungen**  (Anm.: Nennen Sie bitte die Fachabteilungen mit **Schlüssel nach § 301 SGB V**) |  |  |  |

**Hinweis**: Um Ihnen ein passgenaues Angebot erstellen zu können ist es hilfreich, wenn Sie uns weitere Informationen zur Ihrer Einrichtung (z. B. ein **Organigramm** mit Kennzeichnung der zu begutachtenden Bereiche) zukommen lassen.

1.Bei mehr als 2 Standorten neben der Zentrale verwenden Sie bitte die letzte Seite (als Kopiervorlage)

**3.2 Auszufüllen für Rehabilitationseinrichtungen - Zentrale und zu begutachtende Standorte1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Hauptsitz/ Zentrale:** | **Standort 1:** | **Standort 2:** |
| **Straße** |  |  |  |
| **PLZ / Ort** |  |  |  |
| **IK-Nummer** |  |  |  |
| **Anzahl der Behandlungstage pro Jahr:** |  |  |  |
| **Anzahl der Indikationsbereiche:**  **(stationär und ambulant)** |  |  |  |
| **Bitte nennen Sie die Indikationsbereiche:** |  |  |  |

1.Bei mehr als 2 Standorten neben der Zentrale verwenden Sie bitte die letzte Seite (als Kopiervorlage)

**3.3 Auszufüllen für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste und Hospize**

|  |  |
| --- | --- |
| **Stationäre und Teilstationäre Pflegeeinrichtungen** | |
| Anzahl der Bewohner: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ambulante Pflegedienste** | |
| Anzahl der Niederlassungen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Auszufüllen für Hospize** | |
| Anzahl der Plätze: |  |

**Darstellung weiterer Standorte für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen**1

**(auszufüllen wie unter 3.1 Krankenhäuser bzw. 3.2 Rehabilitationseinrichtungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Standort:** | **Standort:** | **Standort:** |
| **Straße** |  |  |  |
| **PLZ / Ort** |  |  |  |
| **IK-Nummer** |  |  |  |
| **Anzahl der stationären Fälle (KH) bzw. Behandlungstage (Reha) pro Jahr** |  |  |  |
| **Anzahl der Betten führenden Fachabteilungen (KH) bzw. Indikations-bereiche (Reha)** |  |  |  |
| **Betten führende Fachabteilungen im Einzelnen (KH) bzw. Indikationsbereiche (Reha)** |  |  |  |
| **Nicht Betten führende Fachabteilungen** |  |  |  |

1Für weitere Standorte verwenden Sie bitte diese Seite mehrfach

**Seite Standorte:       /**