

**Absender:**

Interne Identifizierungs-Nummer:

Institution/Klinik: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ambulanznummer: \_\_\_\_\_

## Antragsformular

**Erstantrag**

**Kindern/Jugendlichen**

**Antrag auf  
Re-Zertifizierung**

**zur Versorgung von**

**Erwachsenen**

**allen Altersklassen**

---

**Vertraulichkeitserklärung:** Ich erkläre mich dazu bereit, dass ich zusammen mit meinem Team für eine mögliche Visitation zur Prüfung unserer gemachten Angaben zur Verfügung stehe.

**Datenspeicherung und -verwendung:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass einrichtungsspezifische Daten gespeichert und für das Anerkennungsverfahren und interne Auswertungen verwendet werden.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass die Ergebnisse solcher Auswertungen anonymisiert in Publikationen einfließen. Über die Nutzung der Daten entscheidet das Zertifizierungsboard im Mukoviszidose e.V.

**Informationsweitergabe:** Bei weitreichenden strukturellen Änderungen, die die CF-Einrichtung betreffen melde ich diese an die verantwortliche Stelle der Mukoviszidose Institut gGmbH (muko.zert@muko.info).

Datum / Unterschrift des Antragstellers: