

Absender:

Interne Identifizierungs-Nummer:

Institution/Klinik: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Ansprechpartner: _____

E-Mail: _____

Ambulanznummer: _____

Antragsformular

- Erstbeantragung „zertifizierte Mukoviszidose-Einrichtung“
- Antrag auf Re-Zertifizierung

-
- 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 Antragsstellers: