

**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](mailto:muko.zert@muko.info)).

Datum / Unterschrift des Antragstellers: