|  |  |
| --- | --- |
| Anfragendes SAPV-KJ\*-Team: | z. B. SAPV-KJ-Team Beispielhausen |
| Klinikum/Unternehmen: | z. B. Klinikum Musterhaft |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort): | z. B. Karlstraße 4 in 12345 Musterhausen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Leitung des SAPV-KJ-Teams | QMB\*\* |
| Titel, Name, Vorname |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |
| Fax |  |  |
| E-Mail |  |  |
| Ansprechpartner für ClarCert: | Bitte ankreuzen | Bitte ankreuzen |

Die Anforderungen des Erhebungsbogens sind bekannt und werden erfüllt, dies gilt auch für die Anforderungen an die personelle Besetzung. (Der Erhebungsbogen kann jederzeit auf www.clarcert.de eingesehen und heruntergeladen werden.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung des SAPV-KJ-Teams: (bitte auf Monatsebene konkretisieren) |  |

Wurde die Einführung durch externe Stellen (Berater) begleitet?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

Wenn ja, ist die externe Stelle (Berater) zur Kommunikation mit der ClarCert berechtigt und ist die ClarCert hinsichtlich der Vertraulichkeit mit der externen Stelle entbunden?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner, Tel.-Nr.: |  |

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (anfragendes SAPV-KJ-Team) |

\* **S**pezialisierte **A**mbulante **P**alliativ **V**ersorgung für **K**inder und **J**ugendliche

\*\* Qualitätsmanagementbeauftragte Person, dies kann ein beliebiges Teammitglied sein. Meist ist die QMB der erste Ansprechpartner für ClarCert.