

Anfrage Zertifizierungsaufwand für Rehabilitationseinrichtungen



Kopieren und in einem Fensterkuvert oder per Fax an

EQ ZERT
Einsteinstraße 59
89077 Ulm

EQ ZERT
Einsteinstraße 59
89077 Ulm
Fon 07 31-18 48 68-0
Fax 07 31-18 48 68-10
E-Mail eqzert@eqzert.de
Internet www.eqzert.de

Mit dieser Anfrage sollen Informationen zur Erstellung eines Kostenvoranschlags eingeholt werden. Diese Anfrage verpflichtet nicht zur Durchführung des Zertifizierungsverfahrens bei EQ ZERT.

Einrichtung: _____

Träger: _____

Straße/Postfach: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____ Telefax: _____

Ansprechpartner: _____ E-Mail: _____

Funktion: _____ Homepage: _____

Angaben zur Organisation, welche die Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems anstrebt

Bei mehreren Standorten benötigen wir die Angaben zu Leistungen und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter für jeden Standort separat.

Standorte: _____

Leistungen: _____

Fremdvergabe
von Leistungen: _____

Anzahl Betten: _____ Belegabteilungen: _____

Anfrage Zertifizierungsaufwand für Rehabilitationseinrichtungen



MitarbeiterInnen

	Vollzeit/Teilzeit		Vollzeit/Teilzeit	im Schichtbetrieb
Anzahl gesamt	<input type="text" value=" /"/>	Hauswirtschaft:	<input type="text" value=" /"/>	Vollzeit/Teilzeit
Verwaltung:	<input type="text" value=" /"/>	Küche:	<input type="text" value=" /"/>	2-Schicht <input type="text" value=" /"/>
ärztlicher Bereich:	<input type="text" value=" /"/>	technischer Dienst:	<input type="text" value=" /"/>	3-Schicht <input type="text" value=" /"/>
therapeut. Bereich:	<input type="text" value=" /"/>	Laborbereich:	<input type="text" value=" /"/>	
Pflegedienst:	<input type="text" value=" /"/>		<input type="text" value=" /"/>	

Dokumentation des Managementsystems

Umfang des Management-Handbuchs (Seitenzahl):

Anzahl der weiterführenden Verfahrensanweisungen:

Wurden Prozesse beim Aufbau des QM-Systems ausgegliedert (z.B. durch den Träger übernommene Prozesse wie Buchhaltung, Controlling etc.)?

Nein Ja (bitte angeben):

Wurde externe Beratungsleistung beim Aufbau des QM-Systems in Anspruch genommen?

Nein Ja (bitte angeben):

Die Zertifizierung soll erfolgen nach

<input type="checkbox"/> DEGEMED für Rehaeinrichtungen	<input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9001
<input type="checkbox"/> Qualitätssiegel Geriatrie	mit folgenden Ausschlüssen:
<input type="checkbox"/> QMS-Reha®	<input type="checkbox"/> 7.3 Entwicklung
Eine Zertifizierung besteht bereits:	<input type="checkbox"/> keine
nach: <input type="text"/> seit: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

Angestrebter Termin zur Durchführung des Zertifizierungsaudits (Monat/Jahr):

Datum

Unterschrift

Hinweis:

Für eine möglichst genaue Abschätzung des Zertifizierungsaufwandes ist es hilfreich, wenn Sie uns weitere Informationen zu Ihrer Einrichtung (z.B. Prospektmaterial oder Organisationsbeschreibungen) zukommen lassen.