|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Krankenhaus / Standort** | | | | | |
| Name des Krankenhauses bzw. der Institution | |  | | | |
| Institutskennzeichen (9-stellige IK-Nummer) | |  | | | |
| **Ansprechpartner/Administrator für die Strukturdatenerhebung** | | | | | |
| Name |  | | | Vorname |  |
| Titel |  | | | Geschlecht (m/w) |  |
| Abteilung / Position |  | | | | |
| Straße |  | | | | |
| PLZ |  | | Ort |  | |
| Telefon-Nr. |  | | | | |
| Verbindliche E-Mail-Adresse |  | | | | |

Ein/e Administrator/in hat u.a. das Recht, die für die o.g. Einrichtung/den o.g. Standort bei

der BQS gespeicherte/n Registriernummer/n einzusehen sowie weitere Teilnehmer mit

eingeschränkten Nutzungsrechten (Webuser) anzulegen.

Über den Webservice ist es jederzeit möglich, den aktuellen Datenbankbestand der

Einrichtung/des Standortes einzusehen.

**Bitte beachten Sie, dass durch die Änderung der bisher registrierte Administrator**

**deaktiviert wird.**

Ich versichere der BQS GmbH mit meiner Unterschrift, dass ich vom Direktorium / der Geschäftsführung des oben genannten Krankenhauses mit den entsprechenden Befugnissen zur Erstellung der Änderungen der Krankenhaus-Stammdaten versehen wurde.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Stempel KH / Institution

Bitte senden Sie dieses Formular an:

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH, Wendenstraße 375 in 20537 Hamburg

Telefon +49 40 25 40 78- 40 Telefax +49 40 25 40 78- 48