|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mit dieser Anfrage sollen Informationen zur Erstellung eines Kostenvoranschlags eingeholt werden. Diese Anfrage verpflichtet nicht zur Durchführung des Zertifizierungsverfahrens bei EQ ZERT.  Bei mehreren Standorten benötigen wir die entsprechenden Angaben (insbesondere zu Anschrift, Leistungen und Anzahl Mitarbeiter) für jeden Standort separat – hierzu kann diese Anfrage kopiert werden. |  | EQ ZERT  Eberhard-Finckh-Straße 26 89075 Ulm  Fon 07 31-18 48 68-0  Fax 07 31-18 48 68-10  E-Mail eqzert@eqzert.de  Internet www.eqzert.de |

Angaben zur Organisation

|  |  |
| --- | --- |
| Firma: |  |
|  |  |
| Straße: |  |
|  |  |
| PLZ, Ort: |  |
|  |  |
| Ansprechpartner/in: |  |
|  |  |
| Funktion: |  |
|  |  |
| E-Mail: |  |
|  |  |
| Telefon: |  |
|  |  |
| Leistungen: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anzahl Betten/Plätze: |  |  | Patient/innen p.a. |  |
|  |  |  |  | nur relevant für ambulante Einrichtungen |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Weitere Standorte: |  | Nein |  |  | Ja | Bei mehreren Standorten benötigen wir die Angaben zu jedem Standort. |

|  |
| --- |
| Bestehen spezielle Beziehungen zu anderen Organisationen (z.B. Zugehörigkeit zu einem Träger oder Konzern)? |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nein |  |  | Ja (bitte angeben): |  |

|  |
| --- |
| Eingesetzte Technologien/Technische Einrichtungen (z.B. Röntgen, MRT): |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Für das Unternehmen maßgebliche rechtliche Verpflichtungen (wesentliche gesetzliche/behördliche Anforderungen): |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Wurden Prozesse beim Aufbau des QM-Systems ausgegliedert (z.B. Wäscherei, Wartung/Instandhaltung)?  Hinweis: Relevant sind nur Prozesse zur Realisierung des QM-Systems gemäß der Zertifizierungsgrundlage (z.B. ISO 9001). |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nein |  |  | Ja (bitte angeben): |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nein |  |  | Ja (bitte angeben): |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Die Zertifizierung soll erfolgen nach: |  | Zieltermin der Zertifizierung |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ISO 9001 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Folgende Anforderungen gemäß ISO 9001 sind nicht anwendbar: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | keine |  | Entwicklung |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Besteht bereits eine QM-Zertifizierung? |  | Nein |  |  | Ja, nach: |  | seit: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anzahl Mitarbeiter/innen |  |  | Anzahl Mitarbeiter/innen nach Bereichen  (umgerechnet in Vollzeitstellen) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mitarbeiter/innen gesamt: |  |  | in der Verwaltung: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| davon in Teilzeit: |  |  | im ärztlichen Bereich: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| umgerechnet in Vollzeitstellen: |  |  | im Pflegedienst: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | im therapeutischen Bereich: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | in der Hauswirtschaft: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | im Labor: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | im technischen Dienst: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Besteht Schichtbetrieb? |  | Nein |  |  | Ja | Anzahl Mitarbeiter/innen im Schichtbetrieb |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | Datum |  | Unterschrift Geschäftsführung |