



# ANMELDEFORMULAR

## Deutsches Reanimationsregister

### DATENERFASSUNG INNERKLINISCHE NOTFALLVERSORGUNG

Deutsche Gesellschaft für  
Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Neuwieder Straße 9  
90411 Nürnberg  
kontakt@reanimationsregister.de

#### Ihre Klinik:

Ihre Abteilung:

Direktion:

Verantwortliche Ansprechperson  
Datenerfassung:

Personalisierte E-Mail-Adresse der Ansprechperson  
zur Zusendung der Zugangsdaten zur Web-Eingabe:

Stationäre Fallzahl/Jahr:

#### Standortadresse

Institution:

Straße:

(Bundes-)Land - PLZ - Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Homepage:

#### Rechnungsstellung

Handelsname der/des Rechnungsempfängenden:

Rechnungsadresse:

E-Mail für die Rechnungsstellung (Funktionsmail):

Bankverbindung (IBAN, BIC):

Umsatzsteuer-ID:

Leitweg-ID:

#### Gewünschte Erfassungsmethode

- direkte Web-Eingabe
- Formular „Dokumentation Notfallteam“  
und anschließende Webeingabe
- Export aus bestehender Datenbankstruktur

#### Weitere Option

- Veröffentlichung auf der Landkarte

Ort, Datum, Unterschrift