

## Anmeldeformular Deutsches Reanimationsregister - Datenerfassung Präklinische Reanimation -

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Roritzerstr.27  
90419 Nürnberg

Fax: 0911 3938195 – E-Mail: [geschaeftsstelle@reanimationsregister.de](mailto:geschaeftsstelle@reanimationsregister.de)

Ihr Rettungsdienst-/Notarztbereich: \_\_\_\_\_

Ihr Träger des Rettungsdienstes: \_\_\_\_\_

Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes: \_\_\_\_\_

Verantwortlicher Ansprechpartner  
Reanimationsdatenerfassung: \_\_\_\_\_

Personalisierte E-Mail-Adresse  
des Ansprechpartners zur Zusendung  
der Zugangsdaten zur Web-Eingabe: \_\_\_\_\_

Einwohnerzahl Versorgungsbereich: \_\_\_\_\_

### Standortadresse

Institution: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Umsatzsteuernummer: \_\_\_\_\_

### Korrespondenzadresse, falls von Standortadresse abweichend

Institution: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Erfassungsmethode:

- Direkte Web-Eingabe
- Export aus bestehender Datenbankstruktur