



# ANMELDEFORMULAR

## Deutsches Reanimationsregister

### DATENERFASSUNG INNERKLINISCHE NOTFALLVERSORGUNG

Deutsche Gesellschaft für  
Anästhesiologie und Intensivmedizin

Roritzerstr. 27

90419 Nürnberg

Tel: 0911 933780

Fax: 0911 3938195

geschaeftsstelle@reanimationsregister.de

Ihre Klinik: \_\_\_\_\_

Ihre Abteilung: \_\_\_\_\_

Direktor: \_\_\_\_\_

Verantwortlicher Ansprechpartner

Datenerfassung: \_\_\_\_\_

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

Stationäre Fallzahl/Jahr: \_\_\_\_\_

### 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
- Formular „Dokumentation Notfallteam“ und anschließende Webeingabe
- Export aus bestehender Datenbankstruktur

### Weitere Optionen

- Modul Beatmung
- Veröffentlichung auf der Deutschlandkarte