



ANMELDEFORMULAR

Deutsches Reanimationsregister

DATENERFASSUNG CARDIAC ARREST CENTER

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
 Export aus bestehender Datenbankstruktur

Weitere Option

- Veröffentlichung auf der Deutschlandkarte