

ANMELDEFORMULAR

zur innerklinischen Resuscitation Academy Deutschland (iRAD)



DEUTSCHLAND

- Innerklinische Resuscitation Academy Deutschland
01.10.2025 bis 30.09.2027
- Erstmalige/ Erneute Teilnahme** am Deutschen Reanimationsregister
→ Bitte zusätzlich **Neuanmeldung Innerklinische Notfallversorgung**
bzw. **Cardiac Arrest Center** ausfüllen.
- Aktive Teilnahme** am Deutschen Reanimationsregister seit
→ Bitte ggf. zusätzlich **Datenergänzung Innerklinische Notfallversorgung** bzw. **Cardiac Arrest Center** ausfüllen.

Ihre Klinik:

Ihre Abteilung:

Straße:

(Bundes-)Land - PLZ - Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Homepage:

AnsprechpartnerIn 1/ projektverantwortlich für die iRAD-Teilnahme

Ansprechperson/Projektleitung:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

AnsprechpartnerIn 2/ projektverantwortlich für die iRAD-Teilnahme (optional)

Ansprechperson/Projektleitung:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Datum/ Stempel/ Unterschrift

ANMELDEFORMULAR

zur innerklinischen Resuscitation Academy Deutschland (iRAD)



DEUTSCHLAND

Bitte per Brief an

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Institut für Rettungs- und Notfallmedizin
Arnold-Heller-Str. 3 Haus 808
24105 Kiel

oder per E-Mail an:
RAD.irun@uksh.de

Anhang

- Deutsches Reanimationsregister – Neuanmeldung Innerklinische Notfallversorgung
- Deutsches Reanimationsregister – Datenergänzung Innerklinische Notfallversorgung
- Deutsches Reanimationsregister – Neuanmeldung Cardiac Arrest Center
- Deutsches Reanimationsregister – Datenergänzung Cardiac Arrest Center



ANMELDEFORMULAR

Deutsches Reanimationsregister

DATENERFASSUNG INNERKLINISCHE NOTFALLVERSORGUNG

Deutsche Gesellschaft für
Anästhesiologie und Intensivmedizin
Neuwieder Straße 9
90411 Nürnberg
Tel: 0911 933780
geschaeftsstelle@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



DATENERGÄNZUNG/ÄNDERUNG

Bitte teilen Sie uns mit, ob sich an Ihren Anmeldedaten etwas verändert hat

DATENERFASSUNG INNERKLINISCHE NOTFALLVERSORGUNG

Deutsche Gesellschaft für
Anästhesiologie und Intensivmedizin
Neuwieder Straße 9
90411 Nürnberg
Tel: 0911 933780
geschaeftsstelle@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



ANMELDEFORMULAR

Deutsches Reanimationsregister

DATENERFASSUNG CARDIAC ARREST CENTER

Deutsche Gesellschaft für
Anästhesiologie und Intensivmedizin
Neuwieder Straße 9
90411 Nürnberg
Tel: 0911 933780
geschaeftsstelle@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
- Export aus bestehender Datenbankstruktur

Weitere Option

- Veröffentlichung auf der Landkarte

Ort, Datum, Unterschrift



DATENERGÄNZUNG/ÄNDERUNG

Bitte teilen Sie uns mit, ob sich an Ihren Anmeldedaten etwas verändert hat

DATENERFASSUNG CARDIAC ARREST CENTER

Deutsche Gesellschaft für
Anästhesiologie und Intensivmedizin
Neuwieder Straße 9
90411 Nürnberg
Tel: 0911 933780
geschaeftsstelle@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
- Export aus bestehender Datenbankstruktur

Weitere Option

- Veröffentlichung auf der Landkarte

Ort, Datum, Unterschrift