Global Resuscitation Alliance

UKSH Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Institut für Rettungs- und Notfallmedizin

DGAI Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

Deutsches Reanimationsregister

ANMELDEFORMULAR

zur Resuscitation Academy Deutschland (RAD)

RESUSCITATION ACADEMY DEUTSCHLAND

○ **Resuscitation Academy Deutschland 01.01.2027 bis 31.12.2028**

☐ **Erstmalige / Erneute Teilnahme** am Deutschen Reanimationsregister
→ *Bitte zusätzlich **Neuanmeldung Präklinik** ausfüllen.*
(Onboarding im Q4 des Vorjahres)

☐ **Aktive Teilnahme** am Deutschen Reanimationsregister
seit _____
→ *Bitte ggf. zusätzlich **Datenergänzung Präklinik** ausfüllen.*

Teilnahmegebühr inkl. aller Veranstaltungen für **24 Monate** (zzgl. 19% MwSt.):

13.200 € (zzgl. Register-Gebühr; inkl. Onboarding)
11.000 € für aktive Teilnehmende des Deutschen Reanimationsregisters

Ihr Rettungsdienst-/Notarztbereich: _____

Institution: _____

Straße: _____

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Ansprechpartner 1/Projektverantwortliche für die RAD-Teilnahme

ÄLRD/ÄL/-Projektleiter: _____ (Name/Titel/Funktion)

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner 2/Projektverantwortliche für die RAD-Teilnahme (optional)

ÄLRD/ÄL/-Projektleiter: _____ (Name/Titel/Funktion)

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

_____

Datum / Stempel / Unterschrift

ANMELDEFORMULAR

zur Resuscitation Academy Deutschland (RAD)

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 Präklinik*
- ○ Deutsches Reanimationsregister – Datenergänzung Präklinik

* Die Gebührenordnung des Deutschen Reanimationsregisters in ihrer aktuellsten Fassung ist zu beachten.

Deutsches Reanimationsregister

ANMELDEFORMULAR

Deutsches Reanimationsregister

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

DATENERFASSUNG
PRÄKLINISCHE REANIMATION

Ihr Rettungsdienst-/Notarztbereich: _____

Ihr Träger des Rettungsdienstes: _____

Ärztliche/r Leiter/in des Rettungsdienstes: _____

Verantwortliche/r Ansprechpartner/in
Reanimationsdatenerfassung: _____

Personalisierte E-Mail-Adresse (Ansprechpartner/in)
zur Zusendung der Zugangsdaten zur Web-Eingabe: _____

Einwohner/innenzahl Versorgungsbereich: _____

Standortadresse

Institution: _____

Straße: _____

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: _____ _____ _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

E-Mail für die Rechnungsstellung: _____

Homepage: _____

Umsatzsteuernummer: _____

Korrespondenzadresse, falls von Standortadresse abweichend

Institution: _____

Straße: _____

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: _____ _____ _____

Gewünschte Erfassungsmethode:

- ☐ direkte Web-Eingabe
- ☐ Export aus bestehender Datenbankstruktur

Weitere Optionen:

- ☐ Modul Beatmung
- ☐ Veröffentlichung auf der Deutschlandkarte

Deutsches Reanimationsregister

DATENERGÄNZUNG/ÄNDERUNG

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

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

DATENERFASSUNG
PRÄKLINISCHE REANIMATION

Ihr Rettungsdienst-/Notarztbereich: _____

Ihr Träger des Rettungsdienstes: _____

Ärztliche/r Leiter/in des Rettungsdienstes: _____

Verantwortliche/r Ansprechpartner/in
Reanimationsdatenerfassung: _____

Personalisierte E-Mail-Adresse (Ansprechpartner/in)
zur Zusendung der Zugangsdaten zur Web-Eingabe: _____

Einwohner/innenzahl Versorgungsbereich: _____

Standortadresse

Institution: _____

Straße: _____

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: _____ _____ _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

E-Mail für die Rechnungsstellung: _____

Homepage: _____

Umsatzsteuernummer: _____

Korrespondenzadresse, falls von Standortadresse abweichend

Institution: _____

Straße: _____

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: _____ _____ _____

Gewünschte Erfassungsmethode:

- ☐ direkte Web-Eingabe
- ☐ Export aus bestehender Datenbankstruktur

Weitere Optionen:

- ☐ Modul Beatmung
- ☐ Veröffentlichung auf der Deutschlandkarte