



ANMELDEFORMULAR

Deutsches Reanimationsregister

DATENERFASSUNG PRÄKLINISCHE REANIMATION

Deutsche Gesellschaft für
Anästhesiologie und Intensivmedizin

Roritzerstr. 27

90419 Nürnberg

Tel: 0911 933780

Fax: 0911 3938195

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