|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung/Abteilung: |  |
| Klinikum/Unternehmen: |  |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Leitung des Zentrums | Ansprechpartner für die Zertifizierung (falls abweichend) |
| Titel, Name, Vorname |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |
| Fax |  |  |
| E-Mail |  |  |

Unsere Klinik verfügt bereits über folgende gültige ClarCert-Zertifizierungen bzw. –Anerkennungen:

|  |  |
| --- | --- |
| Geltungsbereich | Verfahrensnummer |
|  |  |
|  |  |

**Bitte senden Sie uns eine unverbindliche Aufwandskalkulation für das folgende Verfahren:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Art des Zentrums |  | Regionales Shuntzentrum |
|  |  |  |
|  |  | Shunt-Referenzzentrum |

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung der Einrichtung (KW- Ebene ausreichend): |  |

Ins Zentrum eingebundene Behandlungseinheiten:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fachgebiet | Einrichtung/Abteilung | Leitung(Titel, Vorname, Nachname) | Anschrift(Straße, PLZ, Ort) |
| Nephrologie |  |  |  |
| Operateur (Gefäßchirurgie, Chirurgie, ...) |  |  |  |
| Interventionalist (Radiologie, Angiologie, ...) |  |  |  |
| Intensivmedizin  |  |  |  |
| Implantation von getunnelten zentralvenösen Kathetern durch: |  |  |  |
| ggf. Implantation Peritonealdialyse-Katheter |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Die im Erhebungsbogen für Interdisziplinäre Zentren für Dialysezugänge** |
|  |  | **definierten Mindestanforderungen und Leistungszahlen werden erbracht. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Shunt-Register wurde im Rahmen dessen ebenfalls zur Kenntnis genommen und akzeptiert.** |
|  |  |  |

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (anfragende Einrichtung) |