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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | HNO-Klinikdirektor /  Ärztlicher Leiter HNO | QMB | Ggf. weiterer Ansprechpartner |
| Titel, Name, Vorname |  |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |  |
| Fax |  |  |  |
| E-Mail |  |  |  |
| Ansprechpartner für ClarCert: | Bitte ankreuzen | Bitte ankreuzen | Bitte ankreuzen |

Wurde die Einführung durch externe Stellen (Berater) begleitet?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

Wenn ja, ist die externe Stelle (Berater) zur Kommunikation mit der ClarCert berechtigt und ist die ClarCert hinsichtlich der Vertraulichkeit mit der externen Stelle entbunden?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner, Tel.-Nr.: |  |

Wir nehmen den von Ihnen angegebenen Berater bis zu Ihrem Widerspruch in die Kommunikation auf.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kernteam** | Anzahl | |
| CI-spezialisierte HNO-Fachärzte |  | |
| CI-spezialisierte Audiologen | Mit Bachelorabschluss | Mit Masterabschluss |
|  |  |
|  | Anzahl pro Jahr | |
| Untersuchungen im Rahmen der Routine-Audiometrie |  | |
| Spezielle audiologische Untersuchungen (z. B. Abklärung CI-Indikation und pädaudiologische Diagnostik bei Kinderversorgung) |  | |
|  | Angabe | |
| Einrichtung mit Kinderversorgung? | Ja/Nein | |
| Ist die Teilnahme am Register gewährleistet? | Ja/Nein | |

Für die Richtigkeit der Angaben

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