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

Ich erkläre mich im Rahmen der Zertifizierung als Babyfreundliche Einrichtung damit einverstanden, von den Gutachterinnen angerufen zu werden, um über meine Betreuung und Beratung während des Klinikaufenthaltes befragt zu werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Befragung ohne Personenbezug erfasst und bei ClarCert archiviert werden. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass alle für die Befragung relevanten Patientendaten in der Klinik verbleiben.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | |  |
| Telefonnummer: |  | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Ort, Datum |  | Unterschrift Mutter/Patient |