



# ANMELDEFORMULAR

## Deutsches Reanimationsregister

### DATENERFASSUNG PRÄKLINISCHE REANIMATION

Deutsche Gesellschaft für  
Anästhesiologie und Intensivmedizin

Neuwieder Straße 9

90411 Nürnberg

Tel: 0911 933780

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

### Weitere Optionen

- Modul Beatmung
- Veröffentlichung auf der Deutschlandkarte