



# DATENERGÄNZUNG/ÄNDERUNG

Bitte teilen Sie uns mit, ob sich an Ihren Anmeldeinformationen etwas verändert hat

## DATENERFASSUNG INNERKLINISCHE REANIMATION

Deutsche Gesellschaft für  
Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Roritzerstr. 27  
90419 Nürnberg  
Fax: 0911 3938195  
geschaeftsstelle@reanimationsregister.de

Ihre Klinik: \_\_\_\_\_

Ihre Abteilung: \_\_\_\_\_

Direktor: \_\_\_\_\_

Verantwortlicher Ansprechpartner  
Datenerfassung: \_\_\_\_\_

Personalisierte E-Mail-Adresse des Ansprechpartners  
zur Zusendung der Zugangsdaten zur Web-Eingabe: \_\_\_\_\_

Stationäre Fallzahl/Jahr: \_\_\_\_\_

### 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
- Formular „Dokumentation Notfallteam“ und anschließende Webeingabe
- Export aus bestehender Datenbankstruktur

### Weitere Optionen

- Modul Beatmung
- Veröffentlichung auf der Deutschlandkarte