

RÜCKMELDUNG AN:

Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen
Frankfurter Str. 10-14
65760 Eschborn

Telefax: 06196 / 5 86 52 58
E-Mail: qs-bericht@gqhnet.de

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

Rückantwort zu Teil C-1 (Verfahrensjahr 2017)

Absender

Klinikname: _____

Ort: _____

IKNR: _____

Standort: _____

Die Angaben in der Datei „QB_2017_Dokumentationsrate_Ergebnisse_<STANDORT>.xlsx“ sind inhaltlich korrekt.

JA

NEIN Grund: _____

Die Einbindung von Klinikkommentaren ist erwünscht.

JA*

NEIN

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

*Bitte die Datei „QB_2017_Dokumentationsrate_Ergebnisse_<STANDORT>.xlsx“ mit den eingefügten Kommentaren bis spätestens **01.12.2018** an qs-bericht@gqhnet.de senden.