

FAXANTWORT

FAX: 030 / 450 553933

Herrn
OA Dr. med. M. Borchelt
Forschungsgruppe Geriatrie am
Ev. Geriatriezentrum Berlin
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin

Anmeldung zur Teilnahme an Gemidas (Geriatisches Minimum Data Set)

Qualitätsmanagementverfahren der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen e.V.

Institution: _____
Träger: _____
Abteilung: _____
Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland _____
Ärztl. Ltg.: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-mail _____

Gemidas-Beauftragte(r): _____
Funktion/Abt.: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-mail _____

Wir beabsichtigen, an Gemidas teilzunehmen. Bitte lassen Sie uns das aktuelle Erfassungsprogramm (für MS Windows 95/98/2000/NT) zukommen:

auf 3,5''-Disketten, inkl. aller zugehörigen Programmunterlagen (per Post)

per E-mail, inkl. aller Unterlagen (als E-mail-Attachment)

für

Euro 500,00 (Träger der o.a. Institution/Abteilung ist **Mitglied** der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen e.V.)

Euro 1500,00 (Träger der o.a. Institution/Abteilung ist **NICHT** Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen e.V.).

Sendung erfolgt an o.g. Gemidas Beauftragte(n), der/die zuständig ist für die komplette Gemidas-Korrespondenz einschließlich der Abteilungsstatistiken.

Stempel

Datum, Unterschrift