

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

**Anmeldung zur Teilnahme an Gemidas (Geriatrisches 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 0,00 DRG-Projektteilnehmer
- 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