



**Antrag zur Einleitung des zweiten Rezertifizierungsverfahrens oder
nachfolgenden Rezertifizierungen für
Integrierte Myastheniezentren (1 Standort)
nach dem Anforderungskatalog der Deutschen Myasthenie Gesellschaft**

An das
BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
Wendenstr. 375
20537 Hamburg

FAX: 040-25407848

Hiermit beantragen wir die Durchführung des Verfahrens zur Rezertifizierung des Myastheniezentrum nach den Vorgaben der Deutschen Myasthenie Gesellschaft e. V. (DMG).

Der allgemeine Ablauf der Zertifizierung erfolgt wie im Dokument „Ablaufbeschreibung und Bestimmungen“ veröffentlicht.

Geplanter Termin für die Rezertifizierung: _____

Zertifizierungsgebühren / Kosten der Zertifizierung

| Leistung | Betrag in EUR |
|---|---------------------------|
| Rezertifizierung - Grundgebühr für die Dauer von fünf Jahren - Rezertifizierungsaudit vor Ort (3 Auditoren, 1 Tag) - Informationsmaterial - Auswertung und Berichterstellung durch zwei Auditoren der DMG und einen leitenden Auditor der BQS - Pauschale für die Aufwendungen der DMG | 5.500,00 zzgl. MwSt. |
| Reisekosten für 3 Personen | nach Aufwand ¹ |

Mit Antragstellung und Begleichung der Zertifizierungsgebühr erkennen wir die Durchführungsbestimmungen der DMG und des BQS-Instituts an. Diese haben wir im Dokument „Ablaufbeschreibung und Bestimmungen“ in der Version 3.0 mit Stand vom 29.05.2017 eingesehen.

Uns ist bekannt, dass das Zertifizierungsverfahren für Myastheniezentren als Vereinbarung zwischen dem beantragenden Myastheniezentrum und der Deutschen Myasthenie Gesellschaft DMG e. V. geschlossen wird. Wir erklären uns damit einverstanden, dass das BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit sämtliche mit dem Zertifizierungsverfahren zusammenhängende Korrespondenz führt und alle vertraglichen Aufgaben im Namen und im Auftrag der DMG wahrnimmt.

¹ Als Reisekosten werden berechnet pro Person: Fahrtkosten ab Heimatort (Auto: 0,30 €/km, Bahn: 1. Klasse, Flugzeug: Economy), eine bis zwei Übernachtungen vor Ort in einem Hotel Kategorie bis 4 Sterne (maximal 120 € pro Nacht u. Person)



Angaben zum Myastheniezentrum

| | |
|-----------------------------------|--|
| Name des Myastheniezentriums | |
| Standort | |
| Hausanschrift | |
| Telefon ¹ | |
| Webadresse ¹ | |
| ggf. Rechnungsanschrift | |
| ggf. Ihr Zeichen für Rechnung | |
| ggf. Ansprechpartner für Rechnung | |

¹ freiwillige Angabe zwecks Veröffentlichung auf der Webseite in der Liste zertifizierter Zentren

Ansprechpartner während der Zertifizierung

| | Ansprechpartner(in) für das Zertifizierungsverfahren | Leiter(in) des Zentrums, sofern nicht identisch |
|-----------------------|---|--|
| Titel | | |
| Name | | |
| Vorname | | |
| Position | | |
| Abteilung | | |
| Telefon mit Durchwahl | | |
| FAX | | |
| E-Mail | | |

Datum

Unterschrift

(Name)