



## Anmeldeformular

---

### Interesse/Anmeldung Teilnahme am CIRNET

Name

Vorname

Funktion

Strasse

PLZ

Ort

E-Mail

Tel.

Name der Institution

Rechnungsadresse

Kontaktdaten derjenigen Person, die Ansprechperson fürs CIRNET sein wird:

- gleich wie oben
- andere Person (Bitte Kontaktdaten hier angeben)

### **Bitte beantworten Sie alle untenstehenden Fragen:**

1. Haben Sie in Ihrer Institution bereits ein lokales CIRS eingeführt?

- Ja
- Nein

2. Wenn ja, was für ein CIRS haben Sie?

- Typ A: CIRS-System basierend auf einer Papierversion
- Typ B: Ein selbst entwickeltes CIRS-System (elektronisch)
- Typ C: CIRS-System von einem kommerziellen Anbieter (CIRS Provider)



## Anmeldeformular

---

3. Wie hoch ist der Jahresertrag\* Ihrer Institution? (Bitte senden Sie einen Jahresbericht mit, auf dem der Jahresertrag ersichtlich ist.)

\*Der Jahresertrag ist ausschlaggebend für die Berechnung des Mitgliederbeitrages.

Jahresertrag in Millionen Franken

<input type="checkbox"/> < 5	<input type="checkbox"/> > 100 - 200
<input type="checkbox"/> 5 - 20	<input type="checkbox"/> > 200 - 500
<input type="checkbox"/> > 20 - 50	<input type="checkbox"/> > 500 – 1'000
<input type="checkbox"/> > 50 - 75	<input type="checkbox"/> > 1'000
<input type="checkbox"/> > 75 - 100	

4. Wird Ihre Institution als «einzelne» Institution am CIRRNET teilnehmen oder gibt es mehrere Standorte von Ihrer Institution, welche alle zusammen am CIRRNET teilnehmen werden?

- Meine Institution wird als «einzelne» Institution am CIRRNET teilnehmen.
- Meine Institution hat mehrere Standorte und wird mit mehreren/allen Standorten am CIRRNET teilnehmen.

→ Bitte listen Sie nachfolgend alle Standorte auf, welche sich am CIRRNET beteiligen wollen:

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Mail an [kerker@patientensicherheit.ch](mailto:kerker@patientensicherheit.ch)**

Besten Dank für Ihre Anmeldung

Carmen Kerker-Specker  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin CIRRNET  
Stiftung Patientensicherheit Schweiz

---