

KUNDENFRAGEBOGEN

zur Erstellung eines Angebotes zur Zertifizierung Ihrer Einrichtung

**WIESO
CERT
GMBH**

1 Gesundheitseinrichtung/ Firmierung

[]		
[]	[]	[]
Straße	Land	PLZ Ort
[]		
Vertretungsberechtigter Vertreter	Telefon	
[]		
Ansprechpartner / QMB	E-Mail	
Wir sind Teil / Mitglied / einer größeren Organisation (DRK, Caritas, Klinikverbund, u.a.)	Nein: <input type="checkbox"/>	
	Ja: <input type="checkbox"/> (bitte benennen)	

2 Vorgesehene Zertifizierungsnorm

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

<input type="checkbox"/> ISO 9001:2015	<input type="checkbox"/> DIN EN 15224	<input type="checkbox"/> IQMP	[]
<input type="checkbox"/> 4 QD - Reha	<input type="checkbox"/> 4 QD - Kliniken	<input type="checkbox"/> AQR	[]
<input type="checkbox"/> KTQ	<input type="checkbox"/> DGHO	<input type="checkbox"/> Sonstige*):	[]

*Erforderliche spezielle Angaben für das jeweilige Zertifizierungsgebiet werden mit einem ergänzenden Fragebogen ermittelt.

3 Anzahl der Mitarbeiter in VK (Gesamtunternehmen)

Anzahl der Mitarbeiter (MA-VK)	Schichtarbeit	
	Ja	Nein

4 Anzahl der Niederlassungen (nur bei mehreren Betriebsstätten, sonst weiter zu 5.)

(Für zu zertifizierende Niederlassungen/Standorte bitte jeweils Namen, Anschrift, Tätigkeitsfeld und Mitarbeiterzahl angeben, bei Bedarf gesondertes Blatt beifügen)

Standort II	[]		
	Name	[]	[]
	Straße	Land	PLZ Ort
	[]		
	Tätigkeitsfeld	[]	

Anzahl der Mitarbeiter (MA-VK)	Schichtarbeit	
	Ja	Nein

5 Geltungsbereich des Managementsystems

Branche(n)/ Dienstleistungen (z.B.: Arztpraxis, Krankenhaus, Uniklinik):

Kurzdarstellung der Tätigkeit des Unternehmens (Fachrichtungen, Versorgungsstufe):

Gibt es nichtanwendbare Kapitel der ISO 9001:2015?

6 Angaben zum Managementsystem

Verfügen Sie bereits über ein zertifiziertes
Managementsystem?

Nein

Ja, seit:

7 Angaben zur Inanspruchnahme von Beratungsleistungen

Wurden Sie beim Aufbau und / oder der
Aufrechterhaltung des QM durch einen
externen Berater unterstützt?

Nein

Ja,
durch:

Gewünschter Termin für die Zertifizierung:

(Vor dem Zertifizierungsaudit muss das Managementsystem 3 Monate in Kraft sein!)

Ort

Datum

Unterschrift Geschäftsführung

Bitte senden Sie uns Ihre Anfrage per Mail: info@wieso-cert.de

oder per Fax:

Fax 02203- 20 22 655 Fax