



SPLEEN OFF – Krankenhaus-Erhebungsbogen

Name und Ort des Zentrums: _____		
SPLEEN OFF Zentrumsnummer (dreistellig) _____ <input type="checkbox"/> unbekannt		
Daten zum Krankenhaus		
Kategorie nur einfache Nennung	<input type="checkbox"/> Universitätsklinik <input type="checkbox"/> Allgemeinkrankenhaus/Akutkrankenhaus <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Akademisches Lehrkrankenhaus <input type="checkbox"/> andere
Versorgungsstufe Mehrfachauswahl möglich	<input type="checkbox"/> Grundversorgung <input type="checkbox"/> Schwerpunktversorgung <input type="checkbox"/> Maximalversorgung <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Regelversorgung <input type="checkbox"/> Zentralversorgung <input type="checkbox"/> Belegkrankenhaus <input type="checkbox"/> unbekannt
Anzahl der Krankenhausbetten _____	<input type="checkbox"/> unbekannt	
Anzahl der Fachabteilungen _____	<input type="checkbox"/> unbekannt	
Anzahl der Intensivstationen _____	<input type="checkbox"/> unbekannt	
Erstversorgung von Intensivpatienten Mehrfachauswahl möglich	<input type="checkbox"/> Rettungsstelle <input type="checkbox"/> Intensivstation	<input type="checkbox"/> Schockraum <input type="checkbox"/> anderer Ort <input type="checkbox"/> unbekannt
Daten zur SPLEEN OFF Intensivstation (=Prüfzentrum)		
Ausrichtung der Intensivstation Mehrfachauswahl möglich	<input type="checkbox"/> interdisziplinär <input type="checkbox"/> internistisch/kardiologisch <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> chirurgisch <input type="checkbox"/> neurologisch/neurochirurgisch <input type="checkbox"/> unbekannt
Leitung der Intensivstation Mehrfachauswahl möglich	<input type="checkbox"/> anästhesiologisch <input type="checkbox"/> chirurgisch <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> internistisch <input type="checkbox"/> interdisziplinär <input type="checkbox"/> unbekannt
Anzahl der Intensivbetten _____	<input type="checkbox"/> unbekannt	

Bitte zurückfaxen an die SPLEEN OFF Studienzentrale

FAX: 0761 270-73770

Datum/ Unterschrift