

## **Einverständniserklärung zum Intensivmedizinischen Peer Review in der Klinik**

---

Name Krankenhaus/Klinik (nachfolgend Klinik genannt)

---

Dienstanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

---

(Ansprechpartner)

**1. Die Klinik erklärt sich damit einverstanden, dass in ihrer Intensivmedizin ein Peer Review durchgeführt wird.**

---

Datum, Unterschrift Klinikleitung

**2. Die Klinik übernimmt die Reisekosten und ggf. die Hotelkosten für das Peer Team (Ausnahme Trainees) sowie die Verpflegungskosten für das Peer Review Team**

---

Datum, Unterschrift Klinikleitung