

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