

Anmeldung zum Projekt AMDS
« Absolute Minimal Data Set »
Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und
Reanimation

Spital	
Name des Spitals	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse	<input style="width: 100%;" type="text"/>
PLZ <input style="width: 100px;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100px;" type="text"/>
Anzahl Anästhesien pro Jahr	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Öffentliches Spital <input type="checkbox"/> Privatspital <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/>	
Kategorie	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Anästhesiologie Abteilung, verantwortliche/r Ärztin/Arzt	
Titel	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Vorname	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Name	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Email	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefon	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Für das Projekt AMDS verantwortliche/r Ärztin/Arzt	
Titel	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Vorname	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Name	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Email	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefon	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Die Daten werden gesendet seit (Jahr) :	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Ort, Datum Unterschrift.....	

Bitte retournieren an **SGAR** : Frau Barbara Bühlmann, Postfach, 3000 Bern 25 **Fax : 31 332 98 79**
 Mit **Kopie an IUMSP**, Frau Silvia Pichard : **Fax : 021 314 49 54**