

INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

Zustimmungserklärung zum Intensivmedizinischen Peer Review

Name und Anschrift der Einrichtung:

Ort, Datum

Hiermit erklären wir uns mit dem Intensivmedizinischen Peer Review am einverstanden.

Verantwortliche	Name	Unterschrift
Klinikleitung		
Ärztliche Leitung		
Pflegerische Leitung		

Wir erklären, dass die am Durchführungsort geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

Verantwortliche	Name	Unterschrift
Klinikleitung		
Ärztliche Leitung		
Pflegerische Leitung		