



## Einverständniserklärung zur Teilnahme der Kliniken

### Qualitätssiegel der MRE-Netzwerke NRW

*Hiermit erkläre ich mich als Bevollmächtigter der unten genannten Klinik mit folgenden Punkten einverstanden:*

- 1. Die von mir vertretene Klinik nimmt offiziell am Siegelprozess der MRE-Netzwerke NRW teil.*
- 2. Durch Erfüllung der von der Lenkungsgruppe der MRE-Netzwerke NRW gesetzten Qualitätsziele strebt die von mir vertretene Klinik weiterhin die Anerkennung als assoziierte Qualitätsverbundklinik des MRE-Netzwerkes NRW und damit die Erlangung des Qualitätssiegels an.*
- 3. Ich bin damit einverstanden, dass der Name der von mir vertretenen Klinik im Rahmen des Siegelprozesses und in Verbindung mit den gesetzten Qualitätszielen zur Bekämpfung von MRE auf der Homepage des LZG.NRW mit Namen und Anschrift genannt wird.*
- 4. Ich bin damit einverstanden, dass die Resultate des Siegelprozesses anonymisiert veröffentlicht werden. Eine Zuordnung zur einzelnen Klinik erfolgt dabei nicht (mit Wirkung in die Zukunft).  
Die Erlangung des Qualitätssiegels jeder einzelnen Klinik soll auf der Homepage des LZG.NRW veröffentlicht werden.*
- 5. Die von mir vertretene Klinik ist bereit an Validierungsmaßnahmen, falls diese im Verlauf der Siegelvergabe erforderlich werden, teilzunehmen.*
- 6. Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten und die an das LZG.NRW zur Abwicklung des Siegelprozesses übermittelten Daten weiterer Personen vom LZG. NRW erhoben und bezogen auf den Siegelprozess verarbeitet werden. Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.*
- 7. Ich versichere, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der von mir vertretenen Klinik, von denen im Rahmen des Siegelprozess personenbezogenen Daten erhoben und an das LZG.NRW zur weiteren Verarbeitung weitergegeben werden, darüber informiert wurden und über ihre Rechte aufgeklärt wurden.*

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Funktion

\_\_\_\_\_  
Name und Stempel der Einrichtung