

Anmeldeformular • AmBADO

I. Teilnehmende Ambulanz

Institutsambulanz	
Klinik	
IK-Nummer	
<input type="checkbox"/> Erwachsenenpsychiatrie	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie
vertreten durch <input type="checkbox"/> Bayerischer Bezirkstag	<input type="checkbox"/> Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.
Adresse	
Telefon	E-Mail

II. AmBADO-Beauftragte*r / Ansprechpartner*in (Falls benannte Personen wechseln, bitte Mitteilung an BIDAQ!)

1. Ansprechpartner*in für fachlich-inhaltliche Fragen

Name	Funktion
Telefon	E-Mail

Alternative*r Ansprechpartner*in:

Name	E-Mail
------	--------

2. Ansprechpartner*in für EDV-bezogene Fragen

Name	Funktion
Telefon	E-Mail

Alternative*r Ansprechpartner*in:

Name	E-Mail
------	--------

III. Verbindliche Erklärung

Die AmBADO-Daten unserer Ambulanz werden wir im vorgegebenen Datenformat bis zu folgenden Terminen übermitteln:

Daten von	voraussichtlich bis zum
Daten von	voraussichtlich bis zum

Datum	Unterschrift