

Bestätigung

der Eignung der in Anspruch genommenen Zertifizierungsstellen

(gemäß § 4 Abs. 6 der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX)

Hiermit erklärt die herausgebende Stelle (HGS) des rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagement-Verfahrens mit der Bezeichnung

gegenüber der BAR, dass die von ihr umseitig benannten Zertifizierungsstellen die Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen gemäß § 4 Abs. 6 der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX in Verbindung mit **Abschnitt D** "Grundanforderungen an Zertifizierungsstellen nach § 20 SGB IX sowie an das Verfahren zur Bestätigung dieser Anforderungen durch die herausgebende Stelle" des Manuals für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 SGB IX erfüllen.

Name der herausgebenden Stelle (HGS)

Sitz der HGS: PLZ, Ort, Straße, Postanschrift, Hausanschrift

Ansprechpartner/-in

Tel.-Nr. /Fax-Nr.

E-Mail-Adresse

Ort / Datum

Unterschrift der Vertretung der HGS

Zertifizierungsstellen nach § 20 SGB IX:

1.

Name der Zertifizierungsstelle

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

2.

Name der Zertifizierungsstelle

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

3.

Name der Zertifizierungsstelle

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

4.

Name der Zertifizierungsstelle

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

5.

Name der Zertifizierungsstelle

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

6.

Name der Zertifizierungsstelle

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

7.

Name der Zertifizierungsstelle

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

Bei Bedarf mit neuem Formular ergänzen!