

ANMELDEFORMULAR

zur Resuscitation Academy Deutschland (RAD)



DEUTSCHLAND

Resuscitation Academy Deutschland 01.01.2025 bis 31.12.2026

Erstmalige/ Erneute Teilnahme am Deutschen Reanimationsregister
→ Bitte zusätzlich **Neuanmeldung Präklinik** ausfüllen. (Onboarding im Q4 des Vorjahres)

Aktive Teilnahme am Deutschen Reanimationsregister seit _____
→ Bitte ggf. zusätzlich **Datenergänzung Präklinik** ausfüllen.

Ihr Rettungsdienst-/Notarztbereich: _____

Institution: _____

Straße: _____

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Ansprechpartner 1/Projektverantwortliche für die RAD-Teilnahme

ÄLRD/ÄL/-Projektleiter: _____ (Name/Titel/Funktion)

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner 2/Projektverantwortliche für die RAD-Teilnahme (optional)

ÄLRD/ÄL/-Projektleiter: _____ (Name/Titel/Funktion)

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Datum/ Stempel/ Unterschrift

ANMELDEFORMULAR

zur Resuscitation Academy Deutschland (RAD)



DEUTSCHLAND

Bitte per Brief an

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Institut für Rettungs- und Notfallmedizin
Arnold-Heller-Str. 3 Haus 808
24105 Kiel

oder per Fax an:

+49 (0) 431/500-31554

oder per E-Mail an:

RAD.irun@uksh.de

Anhang

- Deutsches Reanimationsregister – Neuanmeldung Präklinik
- Deutsches Reanimationsregister – Datenergänzung Präklinik



ANMELDEFORMULAR

Deutsches Reanimationsregister

DATENERFASSUNG PRÄKLINISCHE REANIMATION

Deutsche Gesellschaft für
Anästhesiologie und Intensivmedizin

Neuwieder Straße 9

90411 Nürnberg

Tel: 0911 933780

geschaeftsstelle@reanimationsregister.de

Ihr Rettungsdienst-/Notarztbereich: _____

Ihr Träger des Rettungsdienstes: _____

Ärztliche/r Leiter/in des Rettungsdienstes: _____

Verantwortliche/r Ansprechpartner/in
Reanimationsdatenerfassung: _____

Personalisierte E-Mail-Adresse (Ansprechpartner/in)
zur Zusendung der Zugangsdaten zur Web-Eingabe: _____

Einwohner/innenzahl Versorgungsbereich: _____

Standortadresse

Institution: _____

Straße: _____

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

E-Mail für die Rechnungsstellung: _____

Homepage: _____

Umsatzsteuernummer: _____

Korrespondenzadresse, falls von Standortadresse abweichend

Institution: _____

Straße: _____

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: _____

Gewünschte Erfassungsmethode:

- direkte Web-Eingabe
 Export aus bestehender Datenbankstruktur

Weitere Optionen:

- Modul Beatmung
 Veröffentlichung auf der Deutschlandkarte



DATENERGÄNZUNG/ÄNDERUNG

Bitte teilen Sie uns mit, ob sich an Ihren Anmeldeinformationen etwas verändert hat

DATENERFASSUNG PRÄKLINISCHE REANIMATION

Deutsche Gesellschaft für
Anästhesiologie und Intensivmedizin

Neuwieder Straße 9

90411 Nürnberg

Tel: 0911 933780

geschaefsstelle@reanimationsregister.de

Ihr Rettungsdienst-/Notarztbereich: _____

Ihr Träger des Rettungsdienstes: _____

Ärztliche/r Leiter/in des Rettungsdienstes: _____

Verantwortliche/r Ansprechpartner/in
Reanimationsdatenerfassung: _____

Personalisierte E-Mail-Adresse (Ansprechpartner/in)
zur Zusendung der Zugangsdaten zur Web-Eingabe: _____

Einwohner/innenzahl Versorgungsbereich: _____

Standortadresse

Institution: _____

Straße: _____

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

E-Mail für die Rechnungsstellung: _____

Homepage: _____

Umsatzsteuernummer: _____

Korrespondenzadresse, falls von Standortadresse abweichend

Institution: _____

Straße: _____

(Bundes-)Land - PLZ - Ort: _____

Gewünschte Erfassungsmethode:

- direkte Web-Eingabe
- Export aus bestehender Datenbankstruktur

Weitere Optionen:

- Modul Beatmung
- Veröffentlichung auf der Deutschlandkarte