

Ich melde mich hiermit für die folgende Ausbildung an:

## Qualifizierung als Patientensicherheitsbeauftragte/r

gemäß Anforderungen der Patientensicherheitsverordnung auf der Basis des WHO  
Mustercurriculums Patientensicherheit

Ort: Universitätsklinikum Frankfurt

- Zeit:  23. und 24.06.2025 08:30 bis 17:00 Uhr, 25.06.2025 08:30 bis 16:30 Uhr oder  
 08. und 09.12.2025 08:30 bis 17:00 Uhr, 10.12.2025 08:30 bis 16:30 Uhr

(Bitte den gewünschten Termin ankreuzen)

Krankenhaus:	
Abteilung:	
Funktion:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Teilnehmer/in:	
E-Mail-Adresse (beruflich):	
Telefon:	

Ich bin benannte/r Patientensicherheitsbeauftragte/r des oben genannten Krankenhauses.

Die Kosten der Qualifizierung in Höhe von 1.500,00 € zzgl. Mehrwertsteuer inkl. Catering werden von meinem Arbeitgeber bezahlt.

**Die korrekte Rechnungsanschrift meiner Gesundheitseinrichtung lautet:**


Sollte ich an der Qualifizierung doch nicht teilnehmen können, werde ich spätestens 6 Wochen vor Beginn dieser meine Anmeldung stornieren, ansonsten müssen wir Ihnen Stornierungsgebühren in Rechnung stellen.

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer/in

Ort, Datum Unterschrift Geschäftsführung/Vorstand

Bitte senden Sie die ausgefüllte unterschriebene Anmeldung an: [silke.kondylis@unimedizin-ffm.de](mailto:silke.kondylis@unimedizin-ffm.de)