

## Konformitätserklärung und Teilnahmebestätigung zum einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem CIRSmedical.de

gemäß der Bestimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V

**Betreiber:** Bundesärztekammer (BÄK)  
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

1. Hiermit wird durch den Betreiber bestätigt, dass die in der Bestimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (üFMS-B) gemäß § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V in ihrer aktuellen Fassung enthaltenen Vorgaben bei dem oben genannten Fehlermeldesystem erfüllt sind.
2. Ferner wird hiermit durch den Betreiber bestätigt, dass das folgende Krankenhaus derzeit am oben genannten Fehlermeldesystem gemäß § 2 Absatz 3 der üFMS-B und den Teilnahmebedingungen des Betreibers teilnimmt:

Name und Hausanschrift des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Institutionskennzeichen und ggf. Standortnummer des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

**Ausfüllhinweis:** Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten gemäß § 2 Absatz 2 der o. g. Bestimmung sind Name, Hausanschrift, IK und Standortnummer gemäß Qb-R des jeweiligen Krankenhausstandorts anzugeben.

Sofern es sich um eine Erstbescheinigung handelt und der Beginn der Teilnahme der Einrichtung nicht länger als vier Monate zurückliegt, wird mit dieser Bescheinigung bestätigt, dass die Einrichtung die für eine Teilnahme notwendigen Voraussetzungen geschaffen hat und keine Umstände erkennbar sind, die einer dauerhaften Teilnahme am Fehlermeldesystem entgegenstehen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Betreibers des Fehlermeldesystems (BÄK)

Diese Konformitätserklärung hat eine Gültigkeit von 12 Monaten ab dem Datum der Ausstellung.

## Selbsterklärung der Einrichtung über die Teilnahme am einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem „CIRSmedical.de“

Hiermit versichert die Geschäftsführung, dass die Einrichtung  gemäß § 2 Absatz 3 der Bestimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (üFMS-B) nach § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V im Jahr  einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem „CIRSmedical.de“ teilgenommen hat. Die Teilnahme setzt voraus:

1. Die Einrichtung beteiligt sich aktiv an „CIRSmedical.de“ und hat im aktuellen Jahr mindestens einen Bericht an „CIRSmedical.de“ gemeldet.
2. Die Einrichtung nutzt die in „CIRSmedical.de“ eingestellten Fallbeschreibungen und Kommentare für das lokale Risikomanagement zur Verbesserung der Patientensicherheit in der eigenen Einrichtung.

<b>Fall-Nr. CIRS-Bericht:</b>	
<b>Einrichtung:</b>	
<b>IK-Nr.:</b>	
<b>Standort-Nr. (9-stellig):</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>PLZ/Ort:</b>	
<b>Rechnungsempfänger:</b>	
<b>Rechnungsanschrift postalisch:</b>	
<b>Rechnungsanschrift E-Mail (falls erforderlich)<sup>1</sup>:</b>	
<b>Ausstellungsdatum<sup>2</sup>:</b>	

**Ausfüllhinweis:** Im Feld "Standort-Nr." tragen Sie bitte die 9-stellige Standort-Nr. gemäß Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V ein.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift und Stempel Ihrer Einrichtung*

<sup>1</sup> Bitte ausfüllen, falls die Rechnung ausschließlich elektronisch (per E-Mail) übersandt werden soll.

<sup>2</sup> Geben Sie bitte das Datum an, welches auf der Konformitätserklärung stehen soll.