



Anlage 1  
zum Antrag auf Mitgliedschaft im Verein QKK e. V.

**Ansprechpartner der Mitgliedseinrichtung für den Verein  
Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e.V.**

\_\_\_\_\_  
**Name des Trägers**

\_\_\_\_\_  
**Name der Einrichtung**

**1. Ansprechpartner für die Einrichtung**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
email

**2. Ansprechpartner - AG Qualitätsindikatoren (Med. Controller oder QMB)**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
email

**3. Ansprechpartner für das Peer Review-Verfahren (Chefarzt)**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
email