

# Fragebogen

Der Fragebogen dient zur Vorbereitung eines Zertifizierungsaudits und als Basis zur Erstellung eines Angebotes.

\* Bitte beachten Sie die Ausfüllhinweise am Ende des Dokuments.

## 1. Name des Unternehmens

(Hauptstandort)

Straße

PLZ/Ort

Auditbeauftragter

Funktion

QMB

andere

E-Mail

Telefon

Fax

Branche/Scope

## 2. Mitarbeiter und Standorte

Gesamtzahl der Mitarbeiter \*1

Gesamtzahl der Vollzeitbeschäftigten \*2

*(Teilzeitstellen bitte auf Vollzeitstellen umrechnen)*

Auszubildende \*3

Anzahl der Schichten

Einzelpraxis

Medizinische Versorgungszentrum (MVZ)

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Sonstige

Haben Sie an andere Unternehmen ausgegliederte Prozesse?

nein

ja

Haben Sie mehrere Standorte

nein

ja *(Führen Sie diese bitte ggf. auf Seite 3 auf.)*

Temporärer Standort (z. B. Baustelle/Projekt)

nein

ja

## 3. Art der angestrebten Zertifizierung

DIN EN ISO 9001:2015

## 4. Faktoren, die Einfluss auf die Auditzeit haben können \*4

sehr kleiner Standort im Verhältnis zur Mitarbeiterzahl

keine Entwicklung

sehr großer Standort im Verhältnis zur Mitarbeiterzahl

ausgereiftes Managementsystem

komplizierte Logistik mit mehreren Standorten

viele Tätigkeiten mit geringer Komplexität

Besteht bereits ein integriertes Managementsystem?

nein

ja, welche Standards:

Streben Sie ein integriertes Zertifizierungsaudit an?

nein  ja, mit folgenden Standards:  ISO 9001  BZ NRW

Wann planen Sie die Zertifizierung?

**5. Geschäftstätigkeit/Geltungsbereich für die Zertifizierung \*6**

(z. B. Art der Arztpraxis, Fachabteilung eines Krankenhauses)  Änderungswünsche Geltungsbereich

**6. Ist Ihr Unternehmen bereits zertifiziert? (bestehende Zertifizierungen)**

Zertifikatsnummer	Norm/Regelwerk	Zertifizierungs- gesellschaft	Datum des Zertifizierungsaudits	Zertifikat gültig bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**7. Nutzen Sie zurzeit oder haben Sie in der Vergangenheit Beratungsleistungen bezüglich Ihres Managementsystems genutzt?**

nein  ja, durch wen?

**8. Haben Sie noch Anmerkungen?**

Wir geben unser Einverständnis, dass im Rahmen des Antrags unsere Angaben gespeichert werden.

ausgefüllt durch:    
Datum Name, Vorname

Formular zurücksetzen

## Standort 1

\*6

### 1. Name des Unternehmens

Straße

PLZ/Ort

Auditbeauftragter

E-Mail

Telefon

Fax

Branche/Scope

### 2. Mitarbeiter und Standorte

Gesamtzahl der Mitarbeiter

Gesamtzahl der Vollzeitbeschäftigten

*(Teilzeitstellen bitte auf Vollzeitstellen umrechnen)*

Auszubildende

Anzahl der Schichten

Haben Sie an andere Unternehmen ausgliederte Prozesse?  nein  ja

## Standort 2

### 1. Name des Unternehmens

Straße

PLZ/Ort

Auditbeauftragter

E-Mail

Telefon

Fax

Branche/Scope

### 2. Mitarbeiter und Standorte

Gesamtzahl der Mitarbeiter

Gesamtzahl der Vollzeitbeschäftigten

*(Teilzeitstellen bitte auf Vollzeitstellen umrechnen)*

Auszubildende

Anzahl der Schichten

Haben Sie an andere Unternehmen ausgegliederte Prozesse?  nein  ja

### Standort 3

#### 1. Name des Unternehmens

Straße   
 PLZ/Ort   
 Auditbeauftragter   
 E-Mail   
 Telefon  Fax   
 Branche/Scope

#### 2. Mitarbeiter und Standorte

Gesamtzahl der Mitarbeiter   
 Gesamtzahl der Vollzeitbeschäftigten  *(Teilzeitstellen bitte auf Vollzeitstellen umrechnen)*  
 Auszubildende   
 Anzahl der Schichten   
 Haben Sie an andere Unternehmen ausgliederte Prozesse?  nein  ja

### Standort 4

#### 1. Name des Unternehmens

Straße   
 PLZ/Ort   
 Auditbeauftragter   
 E-Mail   
 Telefon  Fax   
 Branche/Scope

#### 2. Mitarbeiter und Standorte

Gesamtzahl der Mitarbeiter   
 Gesamtzahl der Vollzeitbeschäftigten  *(Teilzeitstellen bitte auf Vollzeitstellen umrechnen)*  
 Auszubildende   
 Anzahl der Schichten   
 Haben Sie an andere Unternehmen ausgegliederte Prozesse?  nein  ja

## Hinweise zum Ausfüllen des ÄKzert®-Fragebogens

- \*1 Gesamtzahl der Mitarbeiter  
Hier bitte angeben, wie viele Menschen (Köpfe) in Ihrer Einrichtung beschäftigt sind.
- \*2 Gesamtzahl der Vollbeschäftigten  
Hier tragen Sie bitte die Planstellen ein, die in Ihrer Einrichtung besetzt sind. Auszubildende werden hier nicht berücksichtigt.  
(Formel: Gesamtzahl der Arbeitsstunden / 40)
- \*3 Auszubildende  
Anzahl der in Ihrer Einrichtung beschäftigten Auszubildenden
- \*4 Faktoren, die Einfluss auf die Auditzeit haben können
  - keine Entwicklung*  
Nur wenn Sie wirklich neue Behandlungsverfahren entwickeln oder selbst als Studienzentrum Studien auflegen, betreiben Sie im Sinne der Norm Entwicklung. Dieses Feld ist daher fast immer anzukreuzen.
  - ausgereiftes Managementsystem*  
Diese Angabe kommt nur für Einrichtungen in Frage, die bereits seit einigen Jahren zertifiziert sind und bei denen in den letzten drei Audits keine Nichtkonformitäten aufgetreten sind.
  - viele Tätigkeiten mit geringer Komplexität*  
Dies wird in der Medizin nur höchst selten auftreten. Es wird nur angekreuzt, wenn wirklich einfache Aufgaben von wenig ausgebildeten Mitarbeitern durchgeführt werden.
- \*5 Hier wird der Geltungsbereich der Zertifizierung angefragt. Wenn Ihr Unternehmen bereits zertifiziert ist, können Sie den Text des alten Zertifikats übernehmen. Im Audit wird der Geltungsbereich aber nochmals vom Auditor der Zertifizierungsstelle mit Ihnen besprochen und definiert.
- \*6 Diese Bögen füllen Sie bitte nur aus, wenn Ihre Einrichtung mehrere Standorte hat.