

## Fragebogen KPQM

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

### 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

Gesamtzahl der nicht-ärztlichen Mitarbeiter

Gesamtzahl der Vollzeitbeschäftigten

*(Teilzeitstellen bitte auf Vollzeitstellen umrechnen)*

Auszubildende

Anzahl der Schichten

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

KPQM

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

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**

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

**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.

Ort/Datum  Name  Unterschrift

Formular zurücksetzen

## Standort 1

### 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