

Fragebogen DIN ISO

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 d. 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

☐ Erstzertifizierung

☐ Re-Zertifizierung

☐ Neukalkulierung aufgrund Änderungen beim Kunden

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?
(dies bitte nur ausfüllen, wenn Sie bereits ein zertifiziertes Brustzentrum haben)

☐ ja: DIN ISO mit BZ

Wann planen Sie die Zertifizierung?

5. Geschäftstätigkeit/Geltungsbereich für die Zertifizierung ^{*5}

(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

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 ausgegliederte 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 ausgegliederte 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.**