



ANMELDEFORMULAR

QUALITÄTSSIEGEL LEBENSORT VIELFALT®-PROGRAMM

Sie möchten mit Ihrer Einrichtung am Qualifizierungs- und Zertifizierungsprozess des Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®-Programms teilnehmen? Füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es an g.boemmel@schwulenberatungberlin.de.

Name der Einrichtung	
<input type="text"/>	
▼ Ansprechperson	▼ Pronomen (z.Bsp.: -/dey/sie/er)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
▼ Gewünschte Anrede (z.Bsp.: -/Frau/Herr/per Du)	▼ Funktion/Rolle
<input type="text"/>	<input type="text"/>
▼ Mailadresse	▼ Tel.-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche Standorte & Settings Ihrer Einrichtung möchten Sie zertifizieren lassen?

▼ Standort 1	▼ Einrichtungstyp (stationäre Pflege, ambulante Pflege, Tagespflege, stationäres Hospiz, ambulanter Hospizdienst, Krankenhaus)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
▼ Straße & Hausnummer	▼ PLZ und Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
▼ Anzahl Mitarbeiter*innen Standort 1	▼ Wie viele Menschen versorgen Sie an diesem Standort?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

▼ ggf. Standort 2	▼ Einrichtungstyp (stationäre Pflege, ambulante Pflege, Tagespflege, stationäres Hospiz, ambulanter Hospizdienst, Krankenhaus)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
▼ Straße & Hausnummer	▼ PLZ und Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
▼ Anzahl Mitarbeiter*innen Standort 2	▼ Wie viele Menschen versorgen Sie an diesem Standort?
<input type="text"/>	<input type="text"/>



▼ ggf. Standort 3 <input type="text"/>	▼ Einrichtungstyp (stationäre Pflege, ambulante Pflege, Tagespflege, stationäres Hospiz, ambulanter Hospizdienst, Krankenhaus) <input type="text"/>
▼ Straße & Hausnummer <input type="text"/>	▼ PLZ und Ort <input type="text"/>
▼ Anzahl Mitarbeiter*innen Standort 3 <input type="text"/>	▼ Wie viele Menschen versorgen Sie an diesem Standort? <input type="text"/>

▼ ggf. Standort 4 <input type="text"/>	▼ Einrichtungstyp (stationäre Pflege, ambulante Pflege, Tagespflege, stationäres Hospiz, ambulanter Hospizdienst, Krankenhaus) <input type="text"/>
▼ Straße & Hausnummer <input type="text"/>	▼ PLZ und Ort <input type="text"/>
▼ Anzahl Mitarbeiter*innen Standort 4 <input type="text"/>	▼ Wie viele Menschen versorgen Sie an diesem Standort? <input type="text"/>

▼ ggf. Standort 5 <input type="text"/>	▼ Einrichtungstyp (stationäre Pflege, ambulante Pflege, Tagespflege, stationäres Hospiz, ambulanter Hospizdienst, Krankenhaus) <input type="text"/>
▼ Straße & Hausnummer <input type="text"/>	▼ PLZ und Ort <input type="text"/>
▼ Anzahl Mitarbeiter*innen Standort 5 <input type="text"/>	▼ Wie viele Menschen versorgen Sie an diesem Standort? <input type="text"/>

▼ Datum <input type="text"/>
--