

Bitte senden Sie den Antrag per Email an kiss-zertifikat@charite.de

Antrag auf ein KISS-Zertifikat

Für das Kalenderjahr:

KISS-Kürzel des Krankenhauses:

Name des Krankenhauses:

Anschrift:

Bitte wählen Sie die Module aus, an denen aktiv teilgenommen wurde

- OP-KISS
- ITS-KISS - Infektions-Surveillance
- ITS-KISS - Erreger-Surveillance
- STATIONS-KISS - Infektions-Surveillance
- STATIONS-KISS - Erreger-Surveillance
- NEO-KISS
- ONKO-KISS
- MRSA-KISS
- CDI-KISS
- HAND-KISS

Datum

Vor- und Nachname

Funktion/Abteilung

Unterschrift / Stempel