



Bäderverband Mecklenburg–Vorpommern e.V.  
Krankenhausesellschaft Mecklenburg–Vorpommern e.V.  
Landesverband der Privatkliniken Mecklenburg–Vorpommern e.V.

# **Antrag auf Akkreditierung**

## **Qualitätssiegel medizinische Rehabilitation**

**in Mecklenburg-Vorpommern**

**Hiermit beantragt der Träger**

.....

**der Rehabilitationsklinik**

.....

**die Akkreditierung dieser Klinik nach den Kriterien des Qualitätssiegels  
medizinische Rehabilitation (Version 14.12.2001) durch die oben genannten  
Verbände unter der Schirmherrschaft der Sozialministerin.**

Bitte übersenden Sie uns die entsprechenden Unterlagen für die Stellungnahme der Klinik zum  
Akkreditierungsverfahren.

Ansprechpartner für das Verfahren in der Klinik ist:

Name:.....  
Profession:.....  
Abteilung:.....  
Telefon:.....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Stempel, Unterschrift)