PKG
Deutsche
Praxisklinikgesellschaft e.V.

An die
Deutsche Praxisklinikgesellschaft e.V.
Geschäftsstelle
Bismarckstraße 45–47 · 10627 Berlin
buero@pkgev.de

MITGLIEDSCHAFT

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantragen wir die Aufnahme als ordentliches Mitglied in die Deutsche Praxisklinikgesellschaft e.V. (PKG). Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand (§ 3 Abs. 4 der Satzung). Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtangaben.

1 Praxisklinik und Träger

NAME DER PRAXISKLINIK *

TRÄGER (NAME) *

RECHTSFORM

STRASSE UND HAUSNUMMER *

PLZ *

ORT *

BUNDESLAND *

WEBSITE

2 Ansprechpartner

VOR- UND NACHNAME *

FUNKTION

E-MAIL *

TELEFON *

3 Angaben zur Praxisklinik

FACHRICHTUNGEN *

VERSORGUNGSANGEBOT (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

☐ Ambulante Operationen ☐ Stationär / kurzstationär ☐ Belegärztlich

ANZAHL OP-SÄLE

ANZAHL BETTEN

BESTEHEND SEIT (JAHR)

4 Aufnahmevoraussetzungen

Die PKG steht für Qualität in der ambulanten und kurzstationären Versorgung. Bitte bestätigen Sie, welche Voraussetzungen Ihre Praxisklinik erfüllt.

- ☐ Zertifizierung begonnen oder abgeschlossen, zum Beispiel nach DIN ISO

  ZERTIFIZIERUNG NACH / DURCH

- ☐ Hygienemanagement mit einem unabhängigen Institut

  HYGIENEINSTITUT

- ☐ Regelmäßige Patientenbefragung
- ☐ Qualitätsbericht mindestens alle drei Jahre, der dem Vorstand zugänglich gemacht wird (§ 3 Abs. 2 der Satzung)

5 Erklärungen

- ☐ Wir haben die Satzung der PKG (Stand 11/2026) zur Kenntnis genommen und erkennen sie an. Sie steht unter praxisklinikgesellschaft.de/satzung bereit.
- ☐ Wir verpflichten uns, den Mitgliedsbeitrag in der von der Mitgliederversammlung beschlossenen Höhe zu zahlen. Die Geschäftsstelle teilt den aktuellen Beitrag auf Anfrage mit.
- ☐ Die PKG darf Name, Ort und Bundesland unserer Praxisklinik in der Mitgliederliste auf ihrer Website nennen (freiwillig, jederzeit widerrufbar).

Datenschutz
Wir verarbeiten Ihre Angaben zur Bearbeitung dieses Antrags und zur Mitgliederverwaltung (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt. Weitere Informationen: praxisklinikgesellschaft.de/datenschutz

6 Unterschrift

ORT, DATUM *

UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES TRÄGERS *

NAME DES UNTERZEICHNERS IN DRUCKBUCHSTABEN *

Antrag senden an
unterschrieben per E-Mail an buero@pkgev.de oder per Post an die Geschäftsstelle (Anschrift siehe unten)