

# FRAGEBOGEN

## zur Erfassung der jährlichen Änderungen

Datum: \_\_\_\_\_

Schlaflabor Anschrift:

\_\_\_\_\_

Name des/der Ausfüllenden (SL-Leitung):

\_\_\_\_\_

### A. Stammpersonal-Änderungen (ärztlich, nicht-ärztlich)

 Keine

Zugänge und Änderungen (Stundenzahl, QN)

Berufstitel/Position	Name	Geschlecht	QN (X/-)	Stunden/Wo im SL	im SL tätig (Jahre)

### Abgänge

Berufstitel/Position	Name

### B. Räumliche Änderungen

 Keine

### C. Änderungen der Ausstattung / sonstige Änderungen

 Keine

Ort, Datum

Unterschrift