**Aanvraagformulier Voucherregeling**

**Infectiepreventie Audit**

**Deel A: Algemene gegevens**

|  |
| --- |
| **1. Aanvrager** |
| 1a Organisatie  |  |
| 1b Naam |  |
| 1c Functie  |  |
| 1d Telefoonnummer |  |
| 1e E-mailadres |  |
| **2. Quick Scan Infectiepreventie** |
| 2a Heeft u de Quick Scan al ingevuld (online)?  | [ ]  Nee, u dient eerst de Quick Scan in te vullen op onze website[ ]  Ja, ga naar vraag 2b |
| 2b Wanneer en met wie van het zorgnetwerk heeft u de resultaten besproken? | Datum: Naam medewerker:  |
| 2c Heeft u op basis van de Quick Scan ook andere vouchers aangevraagd bij het zorgnetwerk? | [ ]  Nee[ ]  Ja, namelijk voor (meerdere antwoorden mogelijk) [ ]  Basisscholing Infectiepreventie [ ]  Opleiding tot Infectiepreventie Adviseur [ ]  Infectiepreventie Audit  [ ]  Begeleiding Infectiepreventie Commissie |

**Deel B: Gegevens Audit**

|  |
| --- |
| **3. Locatie** |
| 3a Naam Locatie |  |
| 3b Adres locatie |  |
| 3c Contactpersoon locatie |  |
| 3d Type audit | [ ]  Audit[ ]  Her-audit (enkel aan te vragen na uitvoering van de initiële audit en minimaal zes maanden na uitvoering van het opgestelde verbeterplan) |
| 3e Geplande datum audit | *Indien nog niet exact bekend graag de verwachte maand + jaar van uitvoering invullen*  |

**Deel C: Gegevens Auditor**

|  |
| --- |
| **4. Deskundig Infectiepreventie** |
| 4a Naam DI |  |
| 4b Naam bedrijf (indien van toepassing) |  |
| 4c Relatie tussen organisatie en DI  | [ ]  DI is al werkzaam binnen de organisatie[ ]  DI gevonden via de pool van Deskundigen Infectiepreventie op de website van het zorgnetwerk[ ]  DI zelf gevonden. U dient vooraf contact op te nemen met het Programmabureau van het Zorgnetwerk |

**Deel D: Ondertekening bestuurlijk verantwoordelijke**

[ ]  Hierbij ga ik akkoord met het indienen van een aanvraag voor de voucherregeling van het Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Utrecht en met de bijgevoegde voorwaarden.

Organisatie:

Naam:

Functie:

Plaats en datum:

Handtekening:

**Deel E: Toekenning door Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Utrecht**

Door middel van ondertekening gaat het Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Utrecht akkoord met de voucheraanvraag en kent onderstaand bedrag toe voor het uitvoeren van een Audit of Her-audit Infectiepreventie. Het toegekende voucher kan verzilverd worden wanneer aan alle gestelde inhoudelijke en administratieve voorwaarden is voldaan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Onderdeel** | **Aantal** | **Voucherbedrag** |
| Audit Infectiepreventie |  | € |
| Her-audit Infectiepreventie |  | € |
|  | **TOTAAL** | **€** |

Naam:

Functie:

Plaats en datum:

Handtekening: