

Bewerbungsformular Deutscher Preis für Patientensicherheit 2025/2026

Einsendeschluss: 30.11.2025

Ihre vollständige Bewerbung richten Sie bitte per E-Mail an: ausschreibung@aps-ev.de

PROJEKTNAME / TITEL

ART DER BEWERBUNG

Projekt Wissenschaftliche Arbeit

KONTAKTDATEN DER/DES (HAUPT*-)AUTORIN/AUTORS

Vorname / Name

ggf. Titel

Institution / Praxis / Einrichtung

Straße, Hausnr.

Postleitzahl, Ort

Telefonnr.

E-Mail-Adresse (Autorin/Autor)

** Bei einer Beteiligung mehrerer Autor/innen ist hier eine Person als Hauptautor/in anzugeben, an die/den der Preis ggf. vergeben wird und die/der ggf. in der Öffentlichkeitsarbeit zur Preisbekanntgabe genannt wird.*

WELCHE/N SCHWERPUNKT/E HAT IHR PROJEKT/IHRE ARBEIT?

(Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ambulante Versorgung | <input type="checkbox"/> Bildung und Training |
| <input type="checkbox"/> stationäre Versorgung | <input type="checkbox"/> Hygiene |
| <input type="checkbox"/> sektorenübergreifend | <input type="checkbox"/> Pflege |
| <input type="checkbox"/> Wissenschaft/Forschung | <input type="checkbox"/> Qualitäts-/Risikomanagement |
| <input type="checkbox"/> Arzneimitteltherapiesicherheit | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |

EINREICHUNGSKRITERIEN

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erstellung Ihrer Bewerbung unseren „Leitfaden zur Bewerbung“ und reichen alle in der Checkliste angegebenen Unterlagen vollständig ein.

Es ist kein Ausschlusskriterium, dass das Projekt/die Arbeit bereits in einem anderen aktuell laufenden Preiswettbewerb angemeldet ist oder ausgezeichnet wurde. Wir bitten aber dennoch um Offenlegung:

- Das Projekt/die Arbeit ist in folgendem anderen aktuell laufenden Preiswettbewerb angemeldet:

- Das Projekt/die Arbeit wurde bereits mit folgendem Preis ausgezeichnet, und zwar mit (bitte Auszeichnung benennen):

EINSENDESCHLUSS

Stichtag für die Einreichung von Bewerbungen ist der 30.11.2025. Ihre vollständige Bewerbung richten Sie bitte **ausschließlich in digitaler Form** per E-Mail an: ausschreibung@aps-ev.de.

Es gilt das Datum des E-Mail-Eingangs. Spätere Einsendungen werden nicht berücksichtigt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Die Teilnehmenden erklären mit ihrer Unterschrift ihr Einverständnis zur Veröffentlichung ihres Namens und ihrer Bewerbung im Rahmen der Berichterstattung.

Datum, Ort

Vor- und Nachname

Unterschrift Hauptautor/in

.....
UMFRAGE (freiwillige Angabe, wir freuen uns über Antworten!)

Wie haben Sie von dem Deutschen Preis für Patientensicherheit erfahren?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APS-Website | <input type="checkbox"/> Printanzeige |
| <input type="checkbox"/> Andere Website, und zwar: _____ | <input type="checkbox"/> Social Media Beitrag |