



## 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](mailto: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 |