

Rückmeldebogen

Gesundheitliche Versorgungsplanung – Regionale Implementierung

Bitte kontaktieren Sie mich:

Name: _____
Einrichtung: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Emailadresse: _____

Ich bin:

- Ärztin/Arzt niedergelassen stationär
- Patient/-in
- An-/Zugehörige/-r
- Pflegeeinrichtung
- Einrichtung der Eingliederungshilfe
- _____

per Fax an: 0345 2135692
per Post an: RPZ Elisabeth Mobil
Mauerstr. 5, 06110 Halle

Ich interessiere mich für:

- eine Einweisung in die Anwendung des Krisen- und Interventionsbogens
- eine Gesprächsbegleitung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung
- eine Kooperation im Rahmen des Netzwerks ACP (acp-netzwerk.de)

Einverständniserklärung

Hiermit willige ich ein, dass das Regionale Palliativzentrum Elisabeth Mobil Kontakt zu mir und meiner Einrichtung, im Rahmen der Koordination von Leistungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung, aufnimmt.

Weiterhin wünsche ich regelmäßig über Entwicklungen im Bezug auf die gesundheitliche Versorgungsplanung und insbesondere die Weiterentwicklung der damit verbundenen Dokumente auf dem Laufenden gehalten zu werden. Ein Mitarbeiter des Regionalen Palliativzentrums Elisabeth Mobil darf mich hierzu schriftlich und/oder fernmündlich kontaktieren.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit die Möglichkeit habe, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung ist zu richten an die

Elisabeth Vinzenz Verbund GmbH, Elisabeth Mobil, Mauerstraße 5, 06110 Halle (Saale).

Tel.: 0345 213 5690

Fax.: 0345 213 5692

Datum, Unterschrift der anmeldenden Person



Elisabeth Vinzenz Verbund GmbH
Palliativzentrum Halle
Elisabeth Mobil
Mauerstraße 5
06110 Halle (Saale)

Telefon: 0345 213-5699