



Einschreibung der Arztpraxis

Fax-Nummer DemenzNetz Aachen:
02 41 – 4 77 01 – 15 265

Ich / Wir nehmen am Modellprojekt DemenzNetz Aachen teil.

Ich / Wir verpflichten uns folgende Anforderungen zu erfüllen:

- Aufklärung und Information des Patienten / Bevollmächtigten
- Einholen der Einverständniserklärung des Patienten / Bevollmächtigten
- Aufnahmeuntersuchung der Patienten gemäß der Netzkriterien
- Folgeuntersuchung 1x im Quartal pro Patient
- Teilnahme am Qualitätszirkel des DemenzNetz Aachen 2x pro Jahr

Praxis:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Plz / Ort: _____

Tel. Nr.: _____ Fax Nr.: _____

E-Mail: _____

Konto Nr.: _____ Blz.: _____

Bank: _____

Ansprechpartner für Rückfragen: Projektbüro DemenzNetz Aachen - Telefon: 02 41 - 4 77 01 - 15 269

DATUM/UNTERSCHRIFT

PRAXISSTEMPEL