



**DemenzNetz
Aachen**
Kompetente Hilfe im Verbund

Datenschutzerklärung

Fax-Nummer DemenzNetz Aachen:

02 41 – 4 77 01 – 15 265

ADREMA oder Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse und Krankenkasse

Hiermit erkläre ich mein persönliches Einverständnis / mein Einverständnis als Bevollmächtigte(r) der o.g. Person zur Teilnahme am Modellprojekt „DemenzNetz Aachen“. Ich wurde über die Voraussetzungen und Bedingungen der Teilnahme am Projekt zuvor persönlich unterrichtet.

Ich stimme zu, dass im Rahmen des Projektes persönliche Daten der teilnehmenden Personen ausgewertet und zwischen den Projektpartnern ausgetauscht werden. Die Informationsweitergabe dient ausschließlich der Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen der Projektvorgabe. Die Weitergabe persönlicher Daten an nicht am Projekt beteiligte Personen oder Institutionen ist ausgeschlossen.

Ansprechpartner/in:

- Patient/in selbst
- Ehepartner
- Kinder
- Andere

Telefonnummer:

ORT/DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT/BEVOLLMÄCHTIGTE(R)