LIV
LANDESINSTITUT FÜR
INTEGRIERTE VERSORGUNG TIROL
KOORDINATIONSSTELLE
FÜR PRÄVENTION

Aufnahme in den Präventionspfad am Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol

_____ W O M O Divers O
Vorname Geschlecht

_____
Nachname

_____ _____ _____
Telefonnummer PLZ Alter

Gesundheitspotential	**Interesse**	**Anmerkungen (optional)**
Bluthochdruck Zuweisung zu einer Risikofaktorenberatung		
Ernährung Bitte der Patient:in Zuweisung, Labor und relevante Diagnosen aushändigen		
Bewegung gem. sportwissenschaftliches Trainingsprogramm LIV		
Raucher:innenentwöhnung		
Psychische Gesundheit, soziale Stabilität		
Sexuelle Gesundheit		
Suchtverhalten		
LIV Care Management		
LIV Demenz		
LIV Post Covid		
Frühe Hilfen		

Ich bin damit einverstanden, dass diese Checkliste und damit meine oben genannten Daten an die tirol kliniken GmbH übermittelt und dort verarbeitet werden. Im Rahmen des Versorgungsprogrammes können meine Daten anderen Gesundheitsdiensteanbietern und Interventionalisten, von denen ich betreut werden soll, bereitgestellt bzw. weitergeleitet werden.

Zudem bin ich ausdrücklich damit einverstanden, dass ich zur Aufnahme in das Programm Präventionspfad telefonisch kontaktiert werden darf. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Wiederrufs davon unberührt.

…… ……
Datum, Ort Unterschrift

…….. o ja o nein
Überwiesen von Rückmeldung erwünscht (bitte ankreuzen)