

## Aufnahme in den Präventionspfad am Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol

\_\_\_\_\_  
 Name

W O M O  
 Geschlecht

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
 PLZ

\_\_\_\_\_  
 Alter

Gesundheitspotential	Interesse	Anmerkungen (optional)
Bluthochdruck	/	
Ernährung		
Bewegung	/	
Raucher:innenentwöhnung		
Psychische Gesundheit, soziale Stabilität		
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 Widerrufs davon unberührt.

.....  
 Datum, Ort

.....  
 Unterschrift

.....  
 Überwiesen von

o ja o nein  
 Rückmeldung erwünscht (bitte ankreuzen)