

Aufnahme in den Präventionspfad am Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol

 Vorname

W O

M O
 Geschlecht

Divers O

 Nachname

 Telefonnummer

 PLZ

 Alter

Gesundheitspotential	Interesse	Anmerkungen (optional)
Ernährung Bitte der Patient:in Zuweisung, Labor und relevante Diagnosen aushändigen		
Bewegung		
Raucher:innenentwöhnung		
Psychische Gesundheit, soziale Stabilität		
Sexuelle Gesundheit		
Suchtverhalten		
LIV Care Management		
LIV Demenz		
LIV Post Covid		

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