



August 2024

Einverständniserklärung zum Projekt „Telemedizinisches DFS-Konsil BKK“

Hiermit erkläre ich, der/die Unterzeichnende(r), als Bevollmächtigte(r) meiner Einrichtung:

- . Mein Einverständnis zur Teilnahme am oben genannten Projekt
- . Mein Einverständnis, dass meine Praxisdaten in Unterlagen der BKK und in Verzeichnissen des Konsils des bayerischen Hausärzteverbandes veröffentlicht werden dürfen.
- . Mein Einverständnis, dass ich bezüglich dieses Projekts per E-Mail und gegebenenfalls telefonisch informiert werde.

Der vollständige Name meiner Einrichtung lautet:

Ort: _____

Straße _____ Nr: _____

Bitte geben sie die e-mail-Adresse für unsere diesbezügliche Korrespondenz an. Sie lautet:

Wir sind zertifiziert zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms

zutreffendes bitte ankreuzen:

- durch die KV Bayern (genügt nur als Eingangskriterium)
 - durch die AG Fuß der DDG (erfüllt dauerhaft voll die TN-Kriterien)
 - streben die AG-Fuß-Zertifizierung für 2025 an (ist ab 2025 erforderlich)
 - wir sind/werden Mitglied im Fußnetz Bayern e.V. (Eingangsvoraussetzung)

Ort _____ Datum _____





Unterschrift _____

