

(Adresszeile des Absenders)

[Adresse des Kooperationspartners]

[Ort], [Datum]

Einladung als Kooperationspartner in unser Kompetenznetz Lipidologie DGFF zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Dyslipidämien

Sehr geehrte Frau Kollegin [Name],
sehr geehrter Herr Kollege [Name],

wir beabsichtigen, das [Name Ihrer Einrichtung] bei der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e.V. als „Lipidologisches Kompetenzzentrum und Netzwerk DGFF“ zertifizieren lassen. **Dabei kommt den Kooperationspartnern im Lipidologischen Netzwerk eine entscheidende Aufgabe zu.** Geplant ist die Einbindung von niedergelassenen Internisten/Allgemeinmedizinern/Hausärzten, Labormedizinern, Endokrinologen, Diabetologen, Kardiologen, Gefäß- und Herzchirurgen, Angiologen, Radiologen, Nephrologen, Gastroenterologen, Dermatologen, Gynäkologen/Geburtshelfern, Pädiatern, Neurologen sowie kardiovaskulären Rehabilitationsmedizinern.

Von unseren Kooperationspartnern aus dem Bereich der [Fachgebiet] erwarten wir uns als Lipidologisches Kompetenzzentrum im Speziellen [jeweilige Voraussetzungen; siehe dazu auch die Ausführungen im Erhebungsbogen]. Sind die genannten Voraussetzungen erfüllt, erhalten alle Kooperationspartner, die uns dies schriftlich bestätigen, mit abgeschlossener Zertifizierung unserer Einrichtung das Zertifikat „**Kooperationspartner im Kompetenznetz Lipidologie DGFF**“ von der DGFF (Lipid-Liga) und dürfen ein entsprechendes Logo nutzen.

Es wäre uns eine große Freude, wenn Sie sich als aktiver Kooperationspartner mit uns vernetzen würden. Falls Sie sich dafür entscheiden, nutzen Sie doch bitte unser beigefügtes Kurz-Antwort-Formular im Anhang.

Selbstverständlich stehen wir zur Beantwortung von Rückfragen jederzeit gern zur Verfügung. Über eine positive Rückmeldung würden wir uns sehr freuen.

Mit besten Grüßen
[Ihr(e) Name(n)]

Anlage: Rückantwort/Einverständniserklärung

Anlage

RÜCKANTWORT (Wir bitten um Rücksendung bis [Datum])

An

[Ihre Einrichtung]

[ggf. Fax-Nr.]

[Ihre Abteilung]

z. Hd. [Ihr Ansprechpartner]

[Straße]

[PLZ Ort]

Ich erkläre mich bereit, als aktive/r Kooperationspartner/in im „Kompetenznetz Lipidologie DGFF“ auf dem Fachgebiet

[Angabe Fachgebiet]

mit [Name Ihrer Einrichtung] zusammenzuarbeiten und bestätige, die genannten Voraussetzungen zu erfüllen.

Titel und Name (in Druckbuchstaben)

Angabe der med. Einrichtung

Straße und Hausnummer der med. Einrichtung

PLZ und Ort

Telefon-Nummer, E-Mail-Adresse und ggf. Web-Adresse der med. Einrichtung

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

- Ich stimme zu, dass o. g. personenbezogene Angaben an die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihre Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) weitergegeben werden zum Zweck der Ausstellung einer Urkunde, der Zusendung des Logos für Kooperationspartner sowie der Archivierung. Sehen Sie dazu auch beigefügte **Datenschutz-Information** der DGFF (Lipid-Liga).