



Deutsches Lipoproteinapherese-Register (DLAR)

Deutsche Gesellschaft
für Lipidologie e.V. –
Lipid-Liga

ANMELDUNG ZUR TEILNAHME

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am Deutschen Lipoproteinapherese-Register (DLAR) der Deutschen Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) – Lipid-Liga

Name der medizinischen Einrichtung

Adresse der medizinischen Einrichtung (Straße/Postfach, PLZ, Ort)

Ansprechpartner/in (bitte in Druckbuchstaben)

Praxissystem

Telefonnummer

Telefaxnummer

E-Mail-Adresse

ggf. Web-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Datenschutzhinweise: Unsere Informationen zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten finden Sie auf der Homepage der DGFL – Lipid-Liga e. V. unter www.lipid-liga.de/datenschutz.

Ich bestätige, dass Patientendaten nur nach erfolgter Information sowie schriftlicher Einverständniserklärung der Patientin/des Patienten in das Register eingegeben werden.

Bitte schicken Sie diesen Antrag per Fax an **06051 / 490 84-2218**
oder per Post an
Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) – Lipid-Liga
Kuhgasse 9
63571 Gelnhausen

Herzlichen Dank!