



Teilnahmeformular Förderpreis „Neue Wege in der Schmerzversorgung“

Kontaktinformation

Name/AnsprechpartnerIn.....

Adresse.....

e-mail.....

Telefonnummer.....

Über das Projekt

Seit wann gibt es das Projekt?.....

Sind die Leistungen kassenfinanziert und/oder privat zu bezahlen?

Wie viele Personen werden derzeit behandelt?.....

Beteiligte an dem Projekt (Name und Fachrichtung)

Kurzbeschreibung des Projekts (max. 20 Zeilen/1400 – 1600 Zeichen)

Was ist das Besondere an ihrem Projekt?

Haben sich Erfolge durch das Projekt eingestellt? Wenn ja, welche?*

Gibt es evaluierende Maßnahmen für das Projekt? (Qualitätszirkel, Teamsitzungen, Kommunikation,...)

In welcher Form wird das Projekt bekannt gemacht/wie erfahren PatientInnen davon?

Erweiterung/Ausbau des Projekts geplant? Wenn ja, in welcher Form?

Einsendeschluss: 30. Mai 2015

Allianz Chronischer Schmerz, Curlandgasse 22, 1170 Wien, Fax: 01/ 481 53 01 oder gescannt per mail: info@schmerz-allianz.at

