

(Ggf. Adresszeile des Absenders)

[Adresse des Kooperationspartners]

[Ort], [Datum]

Kooperationspartner im Kompetenznetz Lipidologie DGFF zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen

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

wir beabsichtigen, [unsere Einrichtung/unser Zentrum oder Entsprechendes] 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 Allgemeinmedizinern/Hausärzten, Labormedizinern, Endokrinologen, Diabetologen, Kardiologen, Angiologen, Radiologen, Nephrologen, Gastroenterologen, Dermatologen, Gynäkologen/ Geburtshelfern, Pädiatern, Neurologen, kardiovaskulären Rehabilitationsmedizinern sowie Gefäß- und Herzchirurgen.

Von unseren Kooperationspartnern aus dem Bereich der [Fachgebiet] erwarten wir uns als Lipidologisches Kompetenzzentrum im Speziellen [jeweilige Voraussetzungen; siehe dazu ggf. auch die Ausführungen unter www.lipid-liga.de in der Rubrik „Zertifizierung“]. 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

Anlage

Anlage

RÜCKANTWORTFAX

Wir bitten um Rücksendung bis [*Datum*]

an

[*Ihre Einrichtung mit Adresse und Fax-Nummer*]

Ich erkläre mich bereit, als aktiver Kooperationspartner im „Kompetenznetz Lipidologie DGFF“ auf dem Fachgebiet

[***Angabe Fachgebiet***]

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

Titel und Name

Ggf. Name der med. Einrichtung

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon-Nummer, E-Mail-Adresse und ggf. Web-Adresse

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift