(Adresszeile des Absenders)

[*Adresse des Kooperationspartners*]

[*Ort*], [*Datum*]

Einladung als Kooperationspartner*in in unser Kompetenznetz Lipidologie DGFL zur Verbesserung der Versorgung von Patient*innen mit Dyslipidämien

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

wir beabsichtigen, die [Angabe der eigenen med. Einrichtung] bei der Deutschen Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) – Lipid-Liga als „Lipidologisches Kompetenzzentrum und Netzwerk DGFL“ zertifizieren zu lassen. Dabei kommt den Kooperationspartnern im Lipidologischen Netzwerk eine entscheidende Aufgabe zu. Eingebunden werden u. a. niedergelassene Internist*innen/Allgemeinmediziner*innen/Hausärzt*innen, Labormediziner*innen, Endokrinolog*innen, Diabetolog*innen, Kardiolog*innen, Gefäß- und Herzchirurg*innen, Angiolog*innen, Radiolog*innen, Nephrolog*innen, Gastroenterolog*innen, Dermatolog*innen, Gynäkolog*innen/Geburtshelfer*innen, Pädiater*innen, Neurolog*innen sowie kardiovaskuläre Rehabilitationsmediziner*innen.

Von unseren Kooperationspartner*innen aus dem Bereich der [Angabe des Fachgebiets] erwarten wir uns als Lipidologisches Kompetenzzentrum im Speziellen [*jeweilige Voraussetzungen; siehe dazu die Angaben im Erhebungsbogen*]. Sind die genannten Voraussetzungen erfüllt, erhalten alle Kooperationspartner*innen, die uns dies schriftlich bestätigen, mit abgeschlossener Zertifizierung unserer Einrichtung das Zertifikat **„Kooperationspartner im Kompetenznetz Lipidologie DGFL“** von der DGFL – (Lipid-Liga) e. V. 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./E-Mail]
[*Ihre Abteilung*]
z. Hd. [*Ihr Ansprechpartner*]
[*Straße*]
[*PLZ Ort*]

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

[***Angabe Fachgebiet***]

mit der [Angabe Ihrer medizinischen 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 Für Lipidologie e. V. (DGFL) – Lipid-Liga weitergegeben werden zum Zweck der Ausstellung einer Urkunde, der Zusendung des Logos für Kooperationspartner*innen sowie der Archivierung. Sehen Sie dazu auch beigefügte Datenschutz-Information der DGFL – Lipid-Liga.