



Bitte zurück an:

Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung
CareCockpit – Modul PraCMan
Marsilius-Arkaden
Im Neuenheimer Feld 130.3, 4. OG
69120 Heidelberg



Bitte zurückfaxen an: 06221 – 56 33672
PraCMan - Lizenzregistrierung

Lizenzschlüssel für das PraCMan-Modul:

Praxisname: _____
Straße: _____
PLZ/ Ort: _____
Telefon: _____
Fax: _____
E-Mail: _____



Ansprechpartner:

1. Arzt - Nachname: _____ Vorname: _____

Ich habe an der PraCMan-Schulung am: ____ . ____ . 20 ____ in _____ teilgenommen.

2. Arzt - Nachname: _____ Vorname: _____

Ich habe an der PraCMan-Schulung am: ____ . ____ . 20 ____ in _____ teilgenommen.

1.VERAH - Nachname: _____ Vorname: _____

Ich habe an der PraCMan-Schulung am: ____ . ____ . 20 ____ in _____ teilgenommen.

2.VERAH - Nachname: _____ Vorname: _____

Ich habe an der PraCMan-Schulung am: ____ . ____ . 20 ____ in _____ teilgenommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die Datenschutzerklärung CareCockpit (V 2.6/09.09.2021) zu vorliegt und ich in diese einwillige. Uns ist bewusst, dass wir die Datenschutzerklärung auf der Homepage <https://www.carecockpit.org/datenschutz/> in Ihrer aktuellsten Version finden und einsehen können.

Datum: ____ . ____ . 20 ____ Unterschrift Arzt 1: _____ Unterschrift Arzt 2: _____

Datum: ____ . ____ . 20 ____ Unterschrift VERAH 1: _____ Unterschrift VERAH 2: _____

