

Beantragung Mitgliedschaft im Beirat regionaler Netze des zentralen adhs-netzes

zentrales adhs-netz · Uniklinik Köln · 50969 Köln

Hiermit beantragen wir als

(Name des Netzes)

die Mitgliedschaft im Beirat regionaler Netze des zentralen adhs-netzes.

Wir erkennen damit alle folgenden Kriterien für die Aufnahme regionaler ADHS Netze in das zentrale adhs-netz an und versichern, dass unser Netz diese Aufnahmekriterien erfüllt:

- **Evidenzbasierte Arbeit:** Das Netz erkennt das Eckpunktepapier der interdisziplinären Konsensus-Konferenz beim BMGS an (siehe Satzung) und orientiert sich in seiner Arbeit an Leitlinien der entsprechenden Fachgruppen.
- **Fachliche Interdisziplinarität:** Es sind mindestens zwei verschiedene Berufsgruppen vertreten, davon mindestens ein Facharzt. Das Netz ist auch für andere Berufsgruppen offen.
- **Institutionelle Interdisziplinarität:** Beteiligung von mindestens drei verschiedenen Versorgungseinrichtungen im Netzwerk.
- **Kontinuität:** Das Netz trifft sich mindestens zweimal jährlich.

Ort, Datum

Unterschrift

zentrales adhs-netz

Uniklinik Köln
Pohligstraße 9
50969 Köln

Tel 0221 478-89876
Fax 0221 478-89879
Email zentrales-adhs-netz@uk-koeln.de
Web www.zentrales-adhs-netz.de

Leitung

Prof. Dr. Manfred Döpfner (Köln)
Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski (Mannheim)
Prof. Dr. Michael Rösler (Homburg)
Dr. Klaus Skrodzki (Forchheim)

Koordination

Teresa Kernder



Kontaktdaten

Beirat regionaler Netze des zentralen adhs-netzes

(bitte unbedingt vollständig angeben)

(Name des regionalen ADHS-Netzes)

Versorgungsbereich:
Stadt/Region

1. Ansprechpartner:
für das zentrale adhs-netz

E-Mail Adresse:

Website:

Postanschrift:

Telefonnummer:

Patientengruppe:

Kinder und Jugendliche

Erwachsene

Kinder und Jugendliche + Erwachsene



Kontaktdaten

Beirat regionaler Netze des zentralen adhs-netzes

(bitte unbedingt vollständig angeben)

(Name des regionalen ADHS-Netzes)

Versorgungsbereich:
Stadt/Region

2. Ansprechpartner:
für das zentrale adhs-netz

E-Mail Adresse:

Website:

Postanschrift:

Telefonnummer:

Patientengruppe:

Kinder und Jugendliche

Erwachsene

Kinder und Jugendliche + Erwachsene

Einverständniserklärung Daten

Veröffentlichung von Daten auf der Website des
zentralen adhs-netzes
www.zentrales-adhs-netz.de

(Name des Netzes)

Wir sind damit einverstanden, dass folgende Informationen unseres regionalen ADHS-Netztes auf der Homepage des zentralen adhs-netzes www.zentrales-adhs-netz.de aufgenommen werden:

- Name des Netzes
- Website
- Name des Ansprechpartners
- E-Mail Adresse des Ansprechpartners
- Patientengruppen

Bitte ankreuzen und ausfüllen.

die zu veröffentlichenden Informationen entsprechen den Daten des Kontaktdatenblatts

die zu veröffentlichenden Informationen weichen von den Daten des Kontaktdatenblatts ab. Folgende Informationen sollen auf der Homepage des zentralen adhs-netzes aufgenommen werden:

1. Ansprechpartner: _____
für Websitebesucher

E-Mail Adresse: _____

Einverständnis mit der Veröffentlichung der Daten des 1. Ansprechpartners



2. Ansprechpartner: _____
für Websitebesucher

E-Mail Adresse: _____

Einverständnis mit der Veröffentlichung der Daten des 1. Ansprechpartners

Ort, Datum

Unterschrift