

Anforderung einer zugehenden Beratung

zwecks Übertragung per Fax (030 / 47 37 89 97) an die Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V.

Nutzer des Angebots (bitte in Druckbuchstaben):

Name: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

(hilfsweise Postanschrift)

Beste Zeit für ein Telefonat zur Terminvereinbarung:

zwischen _____ und _____ Uhr

Ich bin Angehöriger einer demenziell erkrankten Person und möchte mich deshalb – unverbindlich und kostenfrei – vom Verein Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V. zu folgenden Themen beraten lassen:
(mehrere Auswahlen möglich)

- Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung
- Möglichkeiten der Entlastung
- finanzielle und/oder rechtliche Fragen
- _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Überbringer meiner Anforderung (siehe rechts) meine oben angegebenen Daten der Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V. zum Zwecke der erbetenen Beratung und Speicherung weiterleiten darf. Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meinen Widerruf und/oder Anfragen bezüglich Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Sperrung meiner Daten kann ich jederzeit richten an die Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V.

Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin

☎ 030 / 47 37 89 95

AAI@AlzheimerForum.de

Überbringer der Anforderung

Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH
Vivantes Humboldt-Klinikum
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Zentrum für affektive Erkrankungen (Depressionszentrum)
Am Nordgraben 2, 13509 Berlin
Telefon: (030) 130 12 2109
Telefax: (030) 130 12 2107
info@depressionszentrum-berlin.de

Berlin, den _____

Unterschrift _____