



PATIENT:INNENBEIRAT
NIEDERÖSTERREICH

PATIENT:INNENBEIRAT NÖ

ANMELDEFORMULAR

Name:

Vorname:

Ort:

PLZ:

E-mail:

Telefon:

Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Geburtsjahr:

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ kein Abschluss | ☐ Matura | ☐ Universität /Fachhochschule |
| ☐ Pflichtschule | ☐ Berufsausbildung | ☐ Auslandsabschluss |

Beruf:

Warum möchten Sie Mitglied des Patient:innenbeirats werden?

Welche persönlichen Erfahrungen im Gesundheitswesen – als Patient:in oder Angehörige:r – können Sie einbringen?

Welche Aspekte des Gesundheitsbereichs interessieren Sie besonders?

In welchen Bereichen könnte sich der Patient:innenbeirat an Forschungsprojekten beteiligen?

- ☐ Durch Ihre Bewerbung stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Daten für die Zwecke des Niederösterreichischen Patient:innenbeirats zu und können diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

Datum:

Signatur:

BEWERBUNGSFORMULAR BITTE RETOUR AN:
info@patientinnenbeirat-noe.at
Online Bewerbung unter: www.sicher-gesund-noe.at