



Dr Schär Institute Nutrition Project Award 2018: Anmeldung Ihrer Projektidee

Vom Projektleiter auszufüllen

Titel, Vorname
und Nachname

Geburtsdatum

Berufsbezeichnung

Sie arbeiten in

(z.B. Ernährungsberatungspraxis, Klinik, Krankenhaus, Gemeinschaftspraxis)

Adresse (Arbeit)

E-Mail

Telefon

Name weiterer Projektmitarbeiter

1.

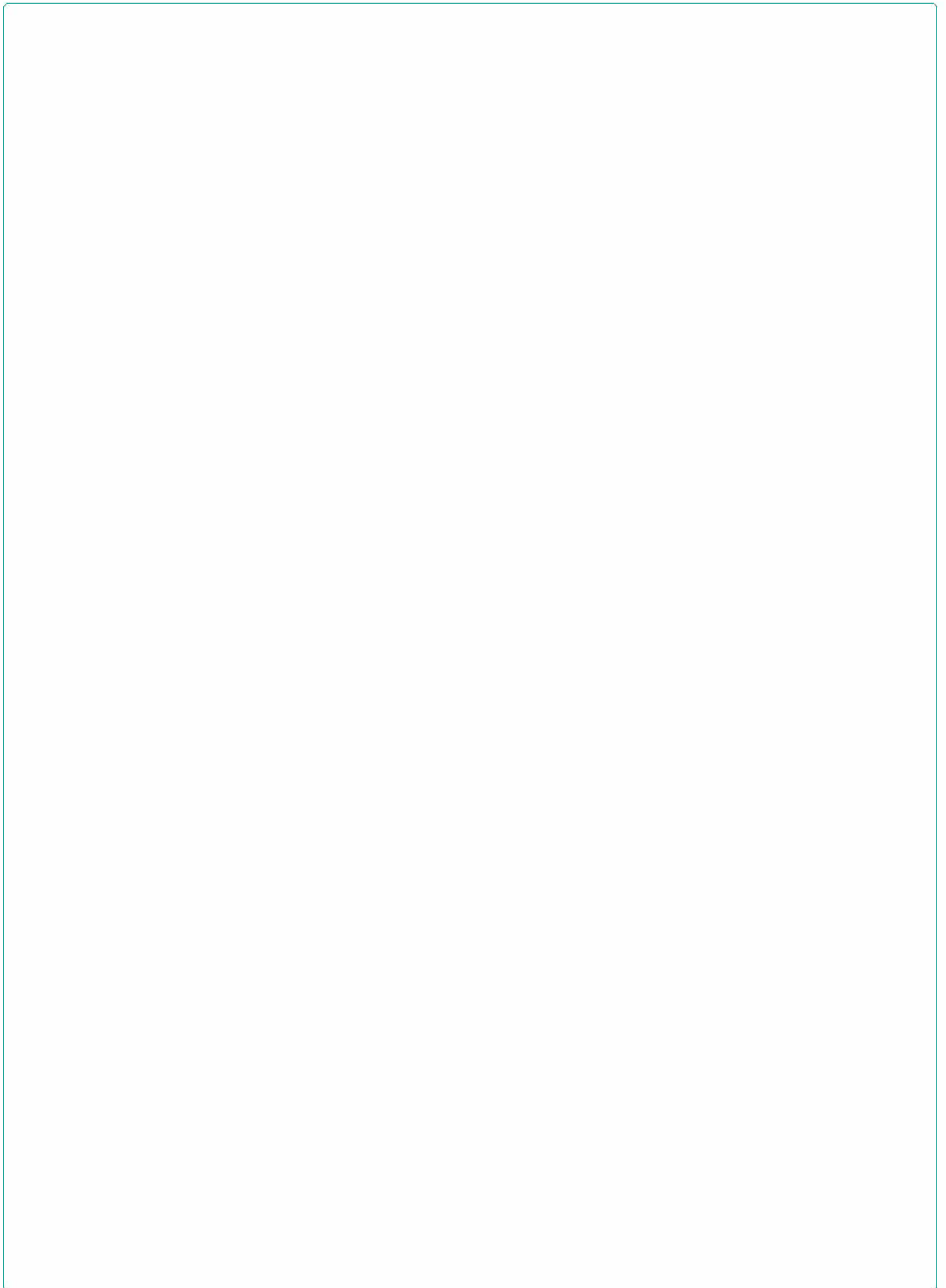
2.

3.

4.

Projektbeschreibung (max. 500 Wörter) mit folgenden Angaben:

- Welche Patientengruppe wird von den Ergebnissen profitieren?
- Wo wird das Projekt umgesetzt?
- Was beinhaltet das Projekt? Skizzieren Sie die Prozesse und Abläufe, die Sie durchführen möchten.
- Was möchten Sie mit dem Projekt erreichen und wie wollen Sie den Erfolg der Maßnahmen für den Patienten nachweisen?
- Beschreiben Sie kurz wie die Projektevaluierung geplant ist.



Voraussichtliches Startdatum (falls bekannt):

Fassen Sie bitte die Kosten zusammen und beschreiben Sie, wie der Gewinn eingesetzt wird.

Umreißen Sie mögliche weitere Förderungsanträge- bzw. -zusagen für das Projekt.

Unterschrift des Projektleiters

Datum

Mit der Unterschrift des Formulars bestätigen Sie, dass Sie mit den Teilnahmebedingungen des Nutrition Project Awards einverstanden sind (nähere Informationen zum Datenschutz und zu den Bedingungen auf der Dr. Schär Institute Webseite).

Im Zuge von Fragen oder weiterführenden Informationen zum Projekt können Sie direkt von einem Dr. Schär Mitarbeiter kontaktiert werden.