

# Einreichung von Projektideen

NAME DES PROJEKTS

(POTENZIELL) BETEILIGTE EINRICHTUNGEN/PROJEKTPARTNER:INNEN

## **Ansprechpartner:in für die Projektidee**

NAME

INSTITUTION

ADRESSE

TELEFON

E-MAIL

MITGLIEDSCHAFT

Ich bin ISyCARE-Community-Mitglied

Ich bin noch kein ISyCARE-Community-Mitglied

**Themenbereich** (zum Ankreuzen/Mehrfachnennungen sind möglich)

Stationäre Versorgung (z.B. Akutklinik, Rehabilitationsklinik)

Ambulante Versorgung (z.B. Arztpraxis, Heil- und Hilfsmittelerbringer)

Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung (z.B. Entlassmanagement, Telemedizin)

Transfer zwischen Praxis und Wissenschaft

Finanzierung & gesetzliche Vorgaben

Sonstiges

**Zielgruppe der Projektidee** (zum Ankreuzen/Mehrfachnennungen sind möglich)

Medizinisches Fachpersonal

Patient:innen/Klient:innen

Spezielle Bevölkerungsgruppen

Sonstige



**Bei dem Projekt handelt es sich um eine** (zum Ankreuzen)

- soziale Innovation
- technische Innovation
- sozio-technische Innovation

**Die Projektidee verfolgt folgende ISyCARE-Community-Ziele**

(zum Ankreuzen/Mehrfachnennungen sind möglich)

- Beitrag zu einem der Community-Themenfelder (Verorgung/Technik/Daten/Zukunft)
- Adressiert Transferhemmnisse
- Weiterentwicklung zu einem Communityprojekt (Förderantrag)
- Sonstige

**Bitte beschreiben Sie Ihre Projektidee.**

(Welche Herausforderung oder welches Problem soll durch Ihre Idee gelöst werden?  
Welches Ziel verfolgen Sie mit Ihrer Idee?)

**Beschreiben Sie den innovativen Charakter Ihres geplanten Lösungsansatzes.**

(Inwiefern verbessert Ihre Idee die aktuelle Versorgungspraxis?)