

MED Management GmbH

Fax: +49 (30) 88 62 53 77

E-Mail: info@medmanagement.eu

Ich habe Interesse am Qualitätssicherungsvertrag „DOQUVIDE“ teilzunehmen.

Alle relevanten Informationen habe ich bereits von folgendem Hersteller erhalten:

BIOTRONIK Boston Scientific

Ich habe Interesse, benötige aber noch weitere Informationen. Ich bin unter folgender Telefonnummer persönlich erreichbar: _____.

Bitte übersenden Sie mir als

Krankenhaus/ Klinik MVZ Praxis Sonst. Einrichtung

wenn *Praxis* bitte ankreuzen:

Niedergelassener Arzt Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft

einen Vertrag für das Herstellerunternehmen:

BIOTRONIK **Boston Scientific**

Hinsichtlich der telemedizinischen Versorgung meiner Patienten bin ich

monitorende/r Ärztin/ Arzt **ausgebende/r Ärztin/ Arzt** **beides**

Wenn **nicht beides**, arbeite ich im Rahmen der **Teilbehandlung** mit folgendem **Partner** zusammen:

Meine Daten:

Titel, Vorname und Name: _____

Einrichtungsanschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Fax: _____

ggf. abweichende Postanschrift für vertrauliche Vertragsunterlagen:

Bei Krankenhaus/ MVZ/ Sonstige Einrichtung:

(Bitte nachfolgend Geschäftsführer oder unterschiftsberechtigten Arzt angeben.)

Zurzeit implantiert die Einrichtung (ambulant): (Bitte die Anzahl eintragen.)

_____ HSM

_____ ICD

_____ Ereignisrekorder

Zurzeit betreut die Einrichtung bereits Patienten mit Telemedizin:

(Bitte die Anzahl eintragen.)

_____ HomeMonitoring Biotronik

_____ Latitude Boston

_____ Andere

Datum, Ort

Unterschrift und Stempel