

Anmeldung für telemedizinische Leistungen

Institut für angewandte Telemedizin

Herz- und Diabeteszentrum NRW, Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen
Telefon / Fax / E-Mail: 05731-97-2460 / -2457 / ifat-leitstelle@hdz-nrw.de

Anmeldung schicken an Fax: 05731-97-2457

Patient

| | | | |
|---------------|-------|----------------------|-------|
| Anrede | | Straße* | |
| Vorname* | | PLZ Ort* | |
| Name* | | Festnetztelefon-Nr.* | |
| Geburtsdatum* | | Mobiltelefon-Nr. | |

*) Diese Pflichtfelder bitte ausfüllen.

Kostenträger – Krankenkasse Selbstzahler

Name
Straße
PLZ Ort
Versicherten-Nr.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Zuweiser – HDZ NRW Hausarzt Kardiologe Krankenhaus

Name /Abteilung
Straße
PLZ Ort
Telefon-Nr.

Ggf. Stempel der Einrichtung

Diagnosen / Indikation für telemedizinische Leistungen

| | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> | Blutdruckmanagement | <input type="checkbox"/> |
| Gerinnungsmanagement | <input type="checkbox"/> | Gewichtsmanagement | <input type="checkbox"/> |
| EKG-Diagnostik | <input type="checkbox"/> | ICD/CRT-Nachsorge | <input type="checkbox"/> |
| Rehabilitation | <input type="checkbox"/> | Diagnosen / Sonstiges | |

Anmerkungen

.....
.....

Um die Übermittlung von medizinischen Vorbefunden wird höflich gebeten. Vielen Dank dafür im Voraus!