Mitgeltende Unterlage Formblatt	HDZ NRW UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM MEDIZINISCHE FAKULTÄT OWL UNIVERSITÄT BIELEFELD
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 .....
Vorname* .....
Name* .....
Geburtsdatum* .....

Straße* .....
PLZ Ort* .....
Festnetztelefon-Nr.* .....
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 / Diagnostische Fragestellung

Diagnose 1 ..... Fragestellung .....
Diagnose 2 .....

Indikation für telemedizinische Leistungen

Herzinsuffizienz	☐	EKG-Diagnostik	☐	Langzeit-EKG	☐
INR-Management	☐	ICD/CRT-Nachsorge	☐		

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