

**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 / Diagnostische Fragestellung**

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

**Indikation für telemedizinische Leistungen**

Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	EKG-Diagnostik	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsmanagement	<input type="checkbox"/>	ICD/CRT-Nachsorge	<input type="checkbox"/>

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