

MED Management GmbH

Fax: +49 (30) 88 62 53 77

E-Mail: info@medmanagement.eu

Ich habe Interesse an dem **Vertrag zur Besonderen Versorgung** teilzunehmen.

Alle relevanten Informationen habe ich bereits von folgendem Hersteller erhalten:

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> BIOTRONIK | <input type="checkbox"/> Abbott | <input type="checkbox"/> MicroPort CRM |
| <input type="checkbox"/> Medtronic | <input type="checkbox"/> Boston Scientific | <input type="checkbox"/> Impulse Dynamics |

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

Bitte senden Sie mir einen Vertrag zu.

Bereich Kardiologie: ambulante Implantationen/ Eingriffe durch

- Krankenhaus/ Klinik MVZ Praxis Sonst. Einrichtung

Bereich Neurologie: Erstdiagnose nach kryptogenem Schlaganfall/TIA (nur DAK)

- Krankenhaus/ Klinik Praxis MVZ Reha-Einrichtung

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 unterschriftsberechtigten Arzt angeben.)

Ich habe Interesse am BV Vertrag für

Implantationen/ Eingriffe (ambulant) Ja Nein

Erstdiagnose nach kryptogenem Schlaganfall (nur DAK) Ja Nein

(nur Bereich Neurologie)

Zurzeit implantiert die Einrichtung (ambulant):

(Bitte die Anzahl eintragen.)

_____ HSM _____ ICD _____ Ereignisrekorder (_____ KSA / _____ Synkope)

_____ EPU/ Ablationen _____ CCM Therapie System

Zurzeit betreut die Einrichtung bereits Patienten mit Telemedizin:

(Bitte die Anzahl und Hersteller eintragen.)

Datum, Ort

Unterschrift und Stempel