

# MED Management GmbH

Fax: +49 (30) 88 62 53 77

E-Mail: [info@medmanagement.eu](mailto:info@medmanagement.eu)

**Ich habe Interesse am an der **Qualitätssicherungsmaßnahme** „LAMITO“ teilzunehmen.**

- Ich habe Interesse, benötige aber noch weitere Informationen. Ich bin unter folgender Telefonnummer persönlich erreichbar: \_\_\_\_\_.
- Bitte übersenden Sie mir Informationen bzw. einen Vertragsentwurf zur Qualitätssicherungsmaßnahme „LAMITO“ zu.

## **Meine Einrichtung ist ein/e**

- Praxis  Gemeinschaftspraxis  Praxisgemeinschaft  
 MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft  Praxisklinik  
 Krankenhaus/Klinik  sonstige Einrichtung

## **Meine Daten:**

Titel, Vorname und Name: \_\_\_\_\_  
Einrichtungsanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zulassung zum ambulanten Operieren liegt vor:  Ja  Nein

E-Mail: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Direkte Durchwahl für Rückfragen: \_\_\_\_\_

ggf. abweichende Postanschrift für vertrauliche Vertragsunterlagen:

Bei Krankenhaus/ MVZ/ Sonstige Einrichtung:  
(Bitte nachfolgend Geschäftsführer oder unterschriftsberechtigten Arzt angeben.)

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

\_\_\_\_\_ ICD

## **Zurzeit betreut die Einrichtung bereits Patienten mit Telemedizin:**

(Bitte die Anzahl eintragen.)

\_\_\_\_\_ CardioMessenger \_\_\_\_\_ Andere  
BIOTRONIK

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel