

TELEMONITORING BEI HERZINSUFFIZIENZ

ABFRAGE ZUR VORBEREITUNG DER JAHRESSTATISTIK FÜR 2023

Hinweis: Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und senden ihn unter Beachtung der Rückmeldefrist an die im Anschreiben genannte Kontaktperson.

Da es verschiedene Kooperationsformen und Dokumentationslösungen für die Monitoring-Daten in den Telemedizinischen Zentren (TMZ) geben kann, ist es wichtig, dass jeder Arzt bzw. jede Ärztin den Bogen ausgefüllt zurücksendet. Sollten Sie in mehreren TMZ tätig sein, bitten wir Sie, den Fragebogen für jedes TMZ gesondert auszufüllen.

Falls Sie Fragen haben, steht Ihnen die im Anschreiben genannte Kontaktperson gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

1. Kontaktdaten Ihres TMZ	
Name TMZ (optional)	
Titel, Vorname, Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
E-Mail	
Telefonnummer	
ggf. Website	

Weiter auf Seite 2.

Ausfüllhinweise zu Nr. 2

Tragen Sie in die Tabelle unten bitte alle Kolleginnen und Kollegen, die im TMZ kooperieren, wie folgt ein:

Gemeinsame Dokumentation: Alle Ärzte und Ärztinnen, die in eine gemeinsame Datenbank dokumentieren, werden als eine Gruppe eingetragen. Mehrere einzelne Gruppen werden durch Leerzeilen voneinander getrennt. Jede Gruppe legt außerdem **eine** Ärztin oder **einen** Arzt als „Einsender“ fest.

Eigene Dokumentation: Falls in einem TMZ einzelne Mitglieder ihr eigenes Dokumentationssystem verwenden, tragen Sie diese bitte durch eine Leerzeile getrennt von den anderen Ärztinnen und Ärzten des TMZ ein. Die Ärztin beziehungsweise der Arzt markiert sich als „Einsender“.

2. Im TMZ kooperierende Ärztinnen und Ärzte (Titel, Vorname und Name)		Tätig in KV (KV-Kürzel)	Einsendender Arzt
Bsp.	Dr. Maximilian Mustermann	WL	X
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			

2. Im TMZ kooperierende Ärztinnen und Ärzte (Titel, Vorname und Name)	Tätig in KV (KV-Kürzel)	Einsendender Arzt
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		

	<p>Ich willige ein, dass die Kontaktdaten gemäß Nr. 1 auf eine Liste aufgenommen werden, welche den primär behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt wird, damit diese die TMZ leicht finden können. (Bitte ankreuzen – auch bei elektronischer Übermittlung des Fragebogens ohne Unterschrift)</p>
--	--

Ort, Datum

Titel, Vorname und Name