



Name	
Fachgebiet	
Adresse	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internet	
Bemerkungen	

Falls Sie die Mitgliedschaft einer **Praxis** oder **Klinik** beantragen, bitten wir um nähere Informationen zum Leistungsangebot, die wir auf unserer Website veröffentlichen würden.
(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten und des nachfolgenden Leistungsprofils meiner Klinik/ Praxis.

- einverstanden bin.**
 nicht einverstanden bin.

Organisation:

- Allgemeinmedizinische Praxis
 Internistische Praxis
 Kardiologische Praxis
 Sonstige Arztpraxis
 Kardiologische Klinik
 Sonstige Klinik

Leistungsspektrum:

- Standard-EKG
 Belastungs-EKG
 24-Stunden-Langzeit-EKG
 Langzeit-EKG, länger als 24 Stunden
 Event-Recording

- Echokardiographie
 Transösophageale Echokardiographie (Schluckecho)
 Cardio-MRT
 Cardio-MSCT
 Elektrische Kardioversion
 Herzkatheteruntersuchung (Coronarographie, etc.)
 Katheterablation von Vorhofflimmern
 Chirurgische Ablation von Vorhofflimmern
 Kontrolle und Programmierung von Schrittmachern
 Sonstiges:

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Bitte senden Sie dieses Formular entweder per Post an

Kompetenznetz Vorhofflimmern e. V.
Mendelstraße 11
48149 Münster

oder per Fax an 0251-980-1349