

Bitte zurücksenden an:  
KV Nordrhein  
Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

Email: [TMZ@kvno.de](mailto:TMZ@kvno.de)  
Fax: 0211 - 5970 33268

## TELEMONITORING BEI HERZINSUFFIZIENZ ABFRAGE ZUR JAHRESSTATISTIK

**Hinweis:** Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und senden uns diesen wieder zu.

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.

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<br>(KV-Kürzel) | Einsendender<br>Arzt |
|---|----------------------------|----------------------|
| 17.   |                            |                      |
| 18.   |                            |                      |
| 19.   |                            |                      |
| 20.   |                            |                      |
| 21.   |                            |                      |
| 22.   |                            |                      |
| 23.   |                            |                      |
| 24.   |                            |                      |
| 25.   |                            |                      |
| 26.   |                            |                      |
| 27.   |                            |                      |
| 28.   |                            |                      |
| 29.   |                            |                      |
| 30.   |                            |                      |

---

Ort, Datum

Titel, Vorname und Name