

Fachklinik Hornheide - Dorbaumstraße 300 - 48157 Münster-Handorf

«TITEL» «NAME2» «NAME1»
«BEZEICHNUNG»
«STRASSE»

«PLZ» «ORT»

Hauttumorzentrum

Bankverbindungen:

Stadtsparkasse Münster
Kto.-Nr.: 95 058 004
BLZ: 400 501 50

Postbank Dortmund
Kto.-Nr.: 284 26 - 461
BLZ: 440 100 46

Telefon: 02 51 / 32 87 – 411
Telefax: 02 51 / 32 87 – 6004

Datum: 15.04.2011

Interdisziplinäres Hauttumorzentrum Hornheide Münster

Hier: Kooperationsangebot zur Vernetzung mit den niedergelassenen Ärzten

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Kooperationsvereinbarung mit unserem zertifizierten Hauttumorzentrum Hornheide Münster.

Ein wesentlicher Bestandteil der Zertifizierung ist der weitere Ausbau von vernetzten Strukturen mit den Einweisern, den unmittelbar an Diagnostik und Therapie beteiligten Behandlungspartnern und den Weiterbehandlern. Dazu ist uns wichtig, dass Sie als Einweiser und Weiterbehandler einverstanden sind, als Kooperationspartner unseres Hauttumorzentrums Hornheide Münster genannt zu werden.

Als Hauttumorzentrum Hornheide Münster verpflichten wir uns, unseren Kooperationspartnern regelmäßige Informations- und Fortbildungsveranstaltungen anzubieten, z.B. über leitlinien-gemäße Diagnostik und Therapie, die Morbiditäts-, aber auch Mortalitätsdaten.

Ihre Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist natürlich freiwillig. Weiterhin werden Ihnen Informationen über Ihre Patienten über das übliche Maß hinaus zugänglich (Stichwort: Einsicht in unsere digitale Krankenakte Ihres Patienten über ein „Postfach“ auf unserer WebSite), Sie können an unseren Tumorkonferenzen teilnehmen wenn diese Ihre Patienten betreffen, wir werden regelmäßig nach Ihrer Einweiserzufriedenheit fragen und ein schriftliches Verfahren für die Erfassung, Bearbeitung und Rückmeldung von allgemeinen und fallbezogenen Anliegen, also Ihren Fragen einrichten.

Für Sie ist die Kooperation mit keinerlei neuartigen Verpflichtungen verbunden. Es entstehen auch keine, über das bisherige Maß hinausgehende Belastungen für Sie. Wir möchten ausdrücklich betonen, dass aus Ihrer Bereitschaft zur Kooperation auch keinerlei Verpflichtung zur Zuweisung Ihrer Patienten resultiert.

Wenn Sie einverstanden sind, dass wir Sie als Kooperationspartner unseres Hauttumorzentrums (auf unserer Homepage) namentlich nennen, bitten wir Sie, den unten angedruckten Antwortabschnitt mit Ihrer Unterschrift zu versehen und an uns zurück zu senden oder faxen.

Sollten Sie noch Fragen haben, stehe ich Ihnen als Ansprechpartner und Leiter des Hauttumorzentrum Hornheide Münster jederzeit gern zur Verfügung, Sie können mir schreiben oder mich anrufen unter der Tel.-Nr. 0251-3287-411 (meine Sekretärin Frau Ilken am Apparat).

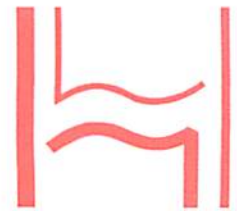
Ansonsten freuen wir uns darauf, die gute Zusammenarbeit mit Ihnen unter dem Qualitätssiegel des Hauttumorzentrum Hornheide Münster fortzusetzen.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Priv.-Doz. Dr. med. H.-J. Schulze
Leiter des Hautkrebszentrum Münster
an der Fachklinik Hornheide

Anlagen:

1. Einverständniserklärung
zur Teilnahme am Hauttumorzentrum Hornheide Münster



Fachklinik Hornheide · Dorbaumstraße 300 · 48157 Münster-Handorf

«TITEL» «NAME2» «NAME1»
«BEZEICHNUNG»
«STRASSE»

«PLZ» «ORT»

Verwaltung

Bankverbindungen:

Stadtsparkasse Münster
Kto.-Nr.: 95 058 004
BLZ: 400 501 50

Postbank Dortmund
Kto.-Nr.: 284 26 - 461
BLZ: 440 100 46

Telefon: 02 51 / 32 87 - 0
Telefax: 02 51 / 32 87 - 1170

Datum: _____

Teilnahme am Hautkrebszentrum Münster

Ich habe den Kooperationsbrief des Interdisziplinären Hautkrebszentrums (IHTZ) Münster gelesen und bin einverstanden, als Kooperationspartner des Hautkrebszentrums Münster mitzuarbeiten und bei Veröffentlichungen sowie auf der Internet-Seite des Hautkrebszentrums Münster genannt zu werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Adressdaten:

Titel

Nachname, Vorname

Facharzt – Bezeichnung

Anschrift

PLZ Ort

Lebenslange Arztnummer

Betriebsstättennummer