

Anmeldung als Konsiliararzt für Medikonsil-direkt

Ihre Videosprechstunde mit Live-Diagnostik & Konsilfunktion

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an Medikonsil-direkt – unserem neuartigen Audio-Video-Konferenzsystem der Telemedizin für die interdisziplinäre Krankheitsdiagnostik. Wir ermöglichen Ärzten orts- und zeitungebunden diagnostische Patientenversorgung auf höchstem Niveau.

Wir freuen uns, dass Sie als künftiger Konsiliararzt mit Ihrer Fachexpertise unseren Haus- und Allgemeinärzten für Fragen zur Befundung zur Verfügung stehen möchten.

Ihnen entstehen mit der Anmeldung keinerlei Kosten.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Thomas Lipp & Dietmar Meier

Geschäftsführer Dr. Lipp & Partner GbR

☛ Anmeldung bitte zurück per E-Mail an service@medikonsil-direkt.de oder per Fax an **0341 2310161**.

Anmeldung als Konsilararzt für Medikonsil-direkt*

Ich möchte mich als Konsilararzt für den Fachbereich _____ anmelden.

Verfügbar auf Anfrage / nach Bedarf

Verfügbar an folgenden Wochentagen & Zeiten:

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="radio"/> montags | von _____ bis _____ Uhr |
| <input type="radio"/> dienstags | von _____ bis _____ Uhr |
| <input type="radio"/> mittwochs | von _____ bis _____ Uhr |
| <input type="radio"/> donnerstags | von _____ bis _____ Uhr |
| <input type="radio"/> freitags | von _____ bis _____ Uhr |
| <input type="radio"/> samstags | von _____ bis _____ Uhr |
| <input type="radio"/> sonntags | von _____ bis _____ Uhr |
| <input type="radio"/> feiertags | von _____ bis _____ Uhr |

Ich stehe für Konsile in folgenden Sprachen zur Verfügung: _____

Ansprechpartner/in

Firmen- bzw. Praxis-Name

Geburtsdatum Ansprechpartner/in

Telefonnummer mobil

Facharztbezeichnung
[Vertragsarzt od. Privatarzt]

E-Mail-Adresse
[für den Einladungslink ins Konsil]

BSNR [falls vorhanden]

LANR [falls vorhanden]

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel

*Anmeldung kann jederzeit widerrufen werden