

# INFORMATION ZUM KLINIKFINDER

Oft erhalten wir von Ärzten, Patienten und Angehörigen die Anfrage, welche Kliniken in Deutschland eine Katheterablation bei Vorhoffarrhythmien durchführen. Aus diesem Grund haben wir ein Klinik- und Praxisverzeichnis entwickelt, das innerhalb unserer Internetseite [www.medtronic-ablation.de](http://www.medtronic-ablation.de) zur Verfügung gestellt wird.

Gerne nehmen wir auch Ihre Klinik in das Verzeichnis auf, um Ihnen die Möglichkeit zu bieten, auf sich und die angebotene Therapie aufmerksam zu machen. Bitte senden Sie uns bei Interesse die unterschriebene Einverständniserklärung per E-Mail an [ablation@medtronic.de](mailto:ablation@medtronic.de) oder Fax: 02159/81458-443 zurück. Alternativ geben Sie bitte das Schreiben einfach bei Ihrem/r zuständigen Außendienstmitarbeiter/in von Medtronic ab.



## Einverständniserklärung

Wir sind damit einverstanden, dass diese Daten für betroffene Patienten, Angehörige und Ärzte innerhalb der Medtronic Webseite [www.medtronic-ablation.de](http://www.medtronic-ablation.de) zur Verfügung gestellt werden.

Die Aufnahme in das Klinik- und Praxisverzeichnis zur Therapie von Herzrhythmusstörungen im Vorhof kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an Medtronic widerrufen werden.

Klinik .....

Adresse .....

Telefon .....

E-Mail .....

---

Datum, Stempel, Unterschrift Klinikverwaltung

# INFORMATION ZUM KLINIKFINDER

Oft erhalten wir von Ärzten, Patienten und Angehörigen die Anfrage, welche Kliniken in Deutschland eine Katheterablation bei Vorhoffarrhythmien durchführen. Aus diesem Grund haben wir ein Klinik- und Praxisverzeichnis entwickelt, das innerhalb unserer Internetseite [www.medtronic-ablation.de](http://www.medtronic-ablation.de) zur Verfügung gestellt wird.

Gerne nehmen wir auch Ihre Klinik in das Verzeichnis auf, um Ihnen die Möglichkeit zu bieten, auf sich und die angebotene Therapie aufmerksam zu machen. Bitte senden Sie uns bei Interesse die unterschriebene Einverständniserklärung per E-Mail an [ablation@medtronic.de](mailto:ablation@medtronic.de) oder Fax: 02159/81458-443 zurück. Alternativ geben Sie bitte das Schreiben einfach bei Ihrem/r zuständigen Außendienstmitarbeiter/in von Medtronic ab.



## Einverständniserklärung

Wir sind damit einverstanden, dass diese Daten für betroffene Patienten, Angehörige und Ärzte innerhalb der Medtronic Webseite [www.medtronic-ablation.de](http://www.medtronic-ablation.de) zur Verfügung gestellt werden.

Die Aufnahme in das Klinik- und Praxisverzeichnis zur Therapie von Herzrhythmusstörungen im Vorhof kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an Medtronic widerrufen werden.

Klinik .....

Adresse .....

Telefon .....

E-Mail .....

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift Klinikverwaltung

# Medtronic

**Medtronic GmbH**  
Earl-Bakken-Platz 1  
40670 Meerbusch  
ablation@medtronic.de  
Telefon: +49 (0)2159 81 49 443  
Telefax: +49 (0)2159 81 458 443

[www.medtronic.de](http://www.medtronic.de)