

# ANMELDUNG ZUR TEILNAHME AN DER WINHO-PATIENT\*INNENBEFRAGUNG 2026



Sehr geehrte Damen und Herren,

auch im Jahr 2026 besteht die Möglichkeit, an der Patient\*innenbefragung des WINHO teilzunehmen. Falls Sie Interesse an einer Teilnahme haben, nutzen Sie bitte dieses Formular zur Anmeldung. **Eine Anmeldung ist bis zum 12.05.2026 möglich.**

Bitte tragen Sie in den nachstehenden Feldern Ihren Praxisnamen und die Anschrift der Praxis sowie Angaben zu allen teilnehmenden Ärzt\*innen ein. Zusätzlich bitten wir Sie, für die weitere Korrespondenz sowie evtl. auftretende Rückfragen eine Kontaktperson anzugeben und uns mitzuteilen, ob eine Sammelbox/Wahlurne aus vorangegangenen Befragungen in Ihrer Praxis vorhanden ist.

**Anmeldung bitte per Fax an 0221 933 19 19 20 oder per E-Mail an [info@winho.de](mailto:info@winho.de)**

---

Praxisname

---

Adresse (Straße/PLZ)

---

Kontaktperson für Rückfragen (E-Mail-Adresse & Rufnummer)

- Ja, es ist eine Sammelbox/Wahlurne vorhanden.
- Nein, es ist keine Sammelbox/Wahlurne vorhanden. Bitte senden Sie uns diese zu.

**An der Patient\*innenbefragung 2026 nehmen die folgenden Ärzt\*innen unserer Praxis teil:**

_____	_____	m ___ w ___ d___	Ja ___ Nein ___
Titel	Vor- und Nachname	Geschlecht	WINHO-Subskribent*in
_____	_____	m ___ w ___ d___	Ja ___ Nein ___
Titel	Vor- und Nachname	Geschlecht	WINHO-Subskribent*in
_____	_____	m ___ w ___ d___	Ja ___ Nein ___
Titel	Vor- und Nachname	Geschlecht	WINHO-Subskribent*in
_____	_____	m ___ w ___ d___	Ja ___ Nein ___
Titel	Vor- und Nachname	Geschlecht	WINHO-Subskribent*in
_____	_____	m ___ w ___ d___	Ja ___ Nein ___
Titel	Vor- und Nachname	Geschlecht	WINHO-Subskribent*in

Bitte beachten Sie, dass die Teilnahme an der Erhebung entsprechend der im WINHO gemeldeten KV-Sitze für diese Anzahl von Hämatolog\*innen und Onkolog\*innen kostenlos ist. Für darüber hinaus angemeldete Ärzt\*innen erstellen wir gerne ein Angebot.

Unterschrift/Stempel: