

retour an hawadoc AG

Antwortkarte: Anschlussvertrag und Beitrittserklärung

betreffend «Datenlieferung in die ärzteigene Datensammlung»

Ich/wir bestätige/n mit meiner/unsere(r) Unterschrift, dass ich/wir den Anschlussvertrag betreffend «Datenlieferung in die ärzteigene Datensammlung» mit allen Beilagen zur Kenntnis nehme/n und zustimme/n. Im Weiteren trete/n ich/wir gemäss Beitrittserklärung (Beilage 1 zu Anschlussvertrag) der Zusammenarbeit und der Datensammlung im ambulanten Bereich durch das Trustcenter hawatr[®] bei.

I. Beitritt zur Datensammlung

Die/der Unterzeichnende bestätigt ausdrücklich, dass die Leistungserbringerin/der Leistungserbringer

- ✓ ordentliches Mitglied folgender Gesellschaften ist:
 - AGZ
 - FMH
 - Fachgesellschaft
 - Nichtverbandsmitglied ist, aber berechtigt zulasten der OKP abzurechnen
- ✓ Kenntnis vom Datennutzungsreglement der NewIndex AG (DNR NI) hat,
- ✓ mit der Verwendung ihrer/seiner Daten im Rahmen der nationalen Datensammlung im ambulanten Bereich einverstanden ist,
- ✓ Kenntnis vom Rahmenvertrag der AGZ mit dem TC «Name» hat (die AGZ bietet den Mitgliedern auf Anfrage die Einsicht an),
- ✓ den Beitritt zum vorliegenden Anschlussvertrag und die damit verbundene gesetztes- sowie vertragskonforme Verwendung ihrer/seiner eingelieferten Daten erklärt.

II. Produktwahl

Ich wähle folgende Produkte (Details vgl. Preisliste und Factsheets auf www.hawadoc.ch)

1. Anschluss Trustcenter

- Trustcenter Mitgliedschaft Trustcenter Datenlieferung

2. Optionale Zusatzleistungen zu Produkt «Trustcenter Mitgliedschaft»

a.) Praxisspiegel pro Praxis oder pro Ärztin/Arzt bei Gruppenpraxen

Behandeln mehrere Personen über diese ZSR-Nummer? JA NEIN

Wenn JA: Welche Auswertungen möchten Sie mit dem Praxisspiegel erstellen?

- Auswertung über gesamte Praxis (im Produkt «Trustcenter Mitgliedschaft» inbegriffen)
 Auswertungen über einzelne Ärzte / Ärztinnen sowie über die gesamte Praxis
(vgl. Preisliste) ⇨ Formular für weitere Angaben auf Gruppenpraxisspiegel folgt

b.) Weitere Zusatzleistungen

- Dateneingabe RoKo-Studie
 Dateneingabe MAS-Erhebung
 Praxisspiegel-Analyse
 Ärzte-Webseite (Sorglospaket)
 Treuhandberatung: Ich bitte um Kontaktaufnahme

III. Praxisinformationen

1. Telefon: _____

2. Haupt-E-Mail-Adresse: _____

3. ZSR-Nummer ärztliche Einrichtung: _____

4. GLN- (EAN-) Nummer: _____

5. Geburtsjahr des ZSR-Inhabers 1: _____

6. Geschlecht des ZSR-Inhabers 1: weiblich männlich

7. Medikamentenabgabe: Keine Medikamenten-Abgabe ²
 Notfall-Apotheke ³
 Praxisapotheke ⁴

1 wenn ZSR-Inhaberin/Inhaber natürliche Person

2 wenn Medikamentenumsatz < 5 % vom Gesamtumsatz

3 wenn Medikamentenumsatz 5 % bis 30 % vom Gesamtumsatz

4 wenn Medikamentenumsatz > 30 % vom Gesamtumsatz

8. Notfalldienst: Regionaler Notfalldienst
 Hintergrunddienst als Spezialist/in
 Kein Notfalldienst

9. Facharzttitel und Schwerpunkte gemäss FMH-Titelordnung

Anhand des angekreuzten Facharzttitels erfolgt automatisch die Zuordnung des Referenzkollektivs im Praxisspiegel. Inhaberinnen und Inhaber der eidgenössischen Weiterbildungstitel «Allgemeinmedizin» und «Innere Medizin» werden bei der santésuisse dem Referenzkollektiv «Allgemeine Innere Medizin» zugeteilt:

Grundversorger

Allgemeine & Innere Medizin

- Allgemeine Innere Medizin
 Allgemeinmedizin
 Innere Medizin
 Kinder- und Jugendmedizin
 Praktischer Arzt

Psychiatrie und Psychotherapie inkl. KJ

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 Psychiatrie und Psychotherapie

Invasive

Chirurgen

- Chirurgie
 Handchirurgie
 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Kinderchirurgie
 Herz- und thorakale Gefässchirurgie
 Neurochirurgie
 Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
 Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
 Gynäkologie und Geburtshilfe
 Ophthalmologie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Urologie

Innere Spezialisten

- Angiologie
 Dermatologie und Venerologie
 Endokrinologie / Diabetologie
 Gastroenterologie
 Hämatologie
 Kardiologie
 Nephrologie
 Neurologie
 Medizinische Onkologie
 Pneumologie
 Physikalische Medizin und Rehabilitation
 Rheumatologie

Andere

Anästhesiologie & Intensivmedizin

- Anästhesiologie
 Intensivmedizin

Diverse

- Allergologie und klinische Immunologie
 Arbeitsmedizin
 Infektiologie
 Klinische Pharmakologie und Toxikologie
 Medizinische Genetik
 Pathologie
 Pharmazeutische Medizin
 Prävention und Public Health
 Rechtsmedizin
 Tropen- und Reisemedizin

Radiologie, Nuklearmedizin und Onkologie

- Nuklearmedizin
 Radiologie
 Radio-Onkologie / Strahlentherapie

10. Weitere Facharzttitel gemäss FMH-Titelordnung:

IV. Rechnungsanlieferung und Zugriff auf den Praxisspiegel

11. Senden Sie Ihre Rechnungsdaten direkt aus Ihrer Praxis? JA NEIN

Wenn JA, mit welcher HIN-Identität _____

Wenn NEIN, wer übermittelt Ihre Rechnungsdaten ans Trustcenter?

- Ärztekasse Swisscom/curaBILL MediData MediDoc Swiss MR

Andere HIN-Identität: _____

12. Mit welcher HIN Identität möchten Sie den Praxisspiegel ansehen? _____

13. Mit welcher HIN Identität möchten Sie die Übermittlung Ihrer Rechnungen prüfen?

Gleiches HIN-Login wie Zugriff Praxisspiegel Anderes HIN-Login: _____

14. Startdatum Ihres Vertrags: _____

(für den Start ist das übermittelte Behandlungsdatum massgebend)

15. Datenlieferung ab: _____

(Datenlieferung vor Startdatum des Vertrags ist kostenpflichtig)

V. Praxis Management Summary / WZW Report

Ich abonniere die folgenden Standardreports kostenlos
(nicht wählbar bei Produkt «Trustcenter Datenlieferung»):

16. Management Summary / WZW Report
 quartalsweise quartalsweise

An welche E-Mail-Adresse sollen das Management Summary und der WZW-Report zugestellt werden? Bitte beachten Sie, dass das Management Summary und der WZW-Report sensible Daten zu Ihrer Praxis enthalten. Aus Sicherheitsgründen empfehlen wir die Nutzung einer HIN-E-Mail-Adresse.

Haupt-E-Mail-Adresse gem. Ziffer III.2 Andere E-Mail-Adresse _____

VI. Unterschriften

Leistungserbringerin/Leistungserbringer

Ort, Datum _____

Unterschrift _____
Vorname Name (in Druckbuchstaben) Unterschrift

Unterschrift _____
Vorname Name (in Druckbuchstaben) Unterschrift

hawatrust – Trustcenter der hawadoc AG

Ort, Datum _____

Unterschriften _____
Yves Broccon Thomas Kerker
Geschäftsführer Leiter Marketing und Informatik

Bitte einreichen an:

hawadoc AG, Garnmarkt 10, 8400 Winterthur
oder
trustcenter@hawadoc.ch