

## Beilage 1: Beitrittserklärung und Fragebogen

Zusatzinformationen für den Betrieb des TrustCenters

### 1. Praxisinformationen

---

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Beitritt per                | 01. ....                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Titel, Vor- und Nachname    | .....                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Facharzttitle <sup>1)</sup> | ..... gem. FMH-Titelordnung                                                                                                                                                                                                                                                   |
| weitere Facharzttitle       | ..... gem. FMH-Titelordnung                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Geburtsjahr                 | .....                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| GLN-Nummer                  | .....                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ZSR-Nummer                  | .....                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Angaben zur Tätigkeit       | <input type="checkbox"/> selbstständig, Einzel-ZSR-Nr. ohne angestellte Ärzte<br><input type="checkbox"/> selbstständig, mit ..... angestellten Ärzten, die über obige ZSR-Nr. abrechnen<br><input type="checkbox"/> Instituts-ZSR-Nummer <sup>2)</sup> . Anzahl Ärzte: ..... |
| Medikamentenabgabe          | <input type="checkbox"/> Praxisapotheke<br><input type="checkbox"/> Notfallapotheke<br><input type="checkbox"/> keine Medikamentenabgabe                                                                                                                                      |
| Notfalldienst               | <input type="checkbox"/> Regionaler Notfalldienst<br><input type="checkbox"/> Hintergrunddienst von Spezialisten<br><input type="checkbox"/> kein Notfalldienst                                                                                                               |
| Korrespondenz eMail         | .....                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| HIN-eMail                   | .....                                                                                                                                                                                                                                                                         |

### 2. Elektronische Datenanlieferung

---

Senden Sie uns Ihre Rechnungsdaten aus Ihrer Praxis selbst?

☐ JA    ⇒ über welche HIN-ID<sup>3)</sup>? .....

☐ NEIN    ⇒ wer übermittelt Ihre Rechnungsdaten ans TrustCenter?

☐ Ärztekasse    ☐ MediData    ☐ Medidoc    ☐ Swisscom Health    ☐ andere

Wenn andere, mit welcher HIN-ID<sup>3)</sup>? .....

## 3. Praxisspiegel (persönliche Online-Statistik)

---

Über welche HIN-ID<sup>3)</sup> möchten Sie Ihren Praxisspiegel abrufen? .....

## 4. Management Summary und WZW-Report

---

Möchten Sie das Management Summary bestellen? ☐ JA ☐ NEIN

Möchten Sie den WZW-Report bestellen? ☐ JA ☐ NEIN

Wenn ja: auf welche eMail-Adresse? .....

Info:

Das Management Summary ist eine elektronische Zusammenfassung der Praxisspiegeldaten, welche Ihnen automatisiert 4xjährlich per Mail zugestellt wird. Eine Abbestellung ist jederzeit möglich.

Der WZW-Report ist eine elektronische Übersicht über die Entwicklung Ihres WZW-Indexes, welcher Ihnen automatisiert 4xjährlich per Mail zugestellt wird. Eine Abbestellung ist jederzeit möglich.

## 5. Datenanlieferung aus Vorjahren<sup>4)</sup> (KOSTENPFLICHTIG – siehe Preisliste)

---

Möchten Sie die Möglichkeit haben, die Daten aus der Vorperiode zu übermitteln

☐ JA - 12 Monate rückwirkend (massgebend ist das Beitrittsdatum unter 1a, CHF 300.00)

☐ JA - 24 Monate rückwirkend (massgebend ist das Beitrittsdatum unter 1a, CHF 600.00)

☐ NEIN

Info: Bei der Datenübermittlung aus Vorjahren erhalten Sie Zugriff auf Ihren Onlinepraxisspiegel für den gewählten Zeitraum. Es sind keine weiteren Dienstleistungen (wie Support, Auswertungen, Kurzanalysen, etc.) inkludiert.

## 6. Mitgliedschaften Kooperationspartner / Kollektive

---

Bitte zutreffendes ankreuzen

☐ HAP / hapmed AG – Ärztenetzwerk am Pfannenstiel

☐ ZGKJPP – Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

☐ ZGPP – Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

☐ zmed AG – Zürcher Ärzte Gemeinschaft

1) Mit dieser Fachgruppe werden Sie im Praxisspiegel verglichen

2) Für Institute gelten andere Preise. Bitte kontaktieren Sie unseren Support für weitere Informationen

3) Sie finden Ihre HIN-ID in Ihren HIN-Installationsunterlagen oder in der HIN-Software, welche Sie mittels Doppelklick auf das HIN-Client-Icon (⇒ oranges Rechteck auf Ihrer Taskliste unten rechts) öffnen können. Die ID umfasst maximal 8 Stellen. (Bsp. Peter Müller = petmuel).

4) Die Datenübermittlung aus Vorjahren ist über die Medidata AG sowie über das Produkt curaLINE von Swisscom Health nicht möglich

## 7. Beitrittserklärung

---

Hiermit tritt die Leistungserbringerin / der Leistungserbringer mit der unter Punkt 1 erwähnten ZSR-Nummer der Zusammenarbeit und der Datensammlung im ambulanten Bereich durch das TC trustmed bei.

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

- ✓ ordentliches Mitglied folgender Gesellschaften ist:

- ☐ kantonale Ärztesgesellschaft .....
- ☐ FMH
- ☐ Fachgesellschaft .....

Kein ordentliches Mitglied dieser Gesellschaften, aber als

- ☐ Nichtverbandsmitglied berechtigt ist, zulasten der OKP abzurechnen

- ✓ Kenntnis vom Datennutzungsreglement der NewIndex AG hat,
- ✓ mit der Verwendung ihrer/seiner Daten im Rahmen der nationalen Datensammlung im ambulanten Bereich einverstanden ist,
- ✓ den Beitritt zum vorliegenden Anschlussvertrag und die damit verbundene gesetztes- sowie vertragskonforme Verwendung ihrer/seiner eingelieferten Daten erklärt.

Der Rahmenvertrag «Datensammlung im ambulanten Bereich und Zusammenarbeit» kann auf Verlangen der Leistungserbringerin/dem Leistungserbringer von der AGZ in elektronischer Form zugestellt werden

### Für das TC

trustmed GmbH  
Kreuzstrasse 71e

lic. oec. HSG Herr Paul Kaiser (Geschäftsleitung)  
8712 Stäfa, im Dezember 2024

### Für die Leistungserbringerin/den Leistungserbringer

Praxisstempel / Adresse

.....  
Titel Vorname Nachname

.....  
Unterschrift

.....  
Ort, Datum