

Beilage 1: Beitrittserklärung und Fragebogen

Zusatzinformationen für den Betrieb des TrustCenters

1. Praxisinformationen

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

2. Elektronische Datenanlieferung

Senden Sie uns Ihre Rechnungsdaten aus Ihrer Praxis selbst?

☐ JA ⇒ über welche HIN-ID³⁾?

☐ NEIN ⇒ wer übermittelt Ihre Rechnungsdaten ans TrustCenter?

☐ Ärztekasse ☐ MediData ☐ Medidoc ☐ Swisscom Health ☐ andere

Wenn andere, mit welcher HIN-ID³⁾?

3. Praxisspiegel (persönliche Online-Statistik)

Über welche HIN-ID³⁾ 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 Zusammenfassung der Praxisspiegeldaten, der WZW-Report ist eine Übersicht über die Entwicklung Ihres WZW-Indexes. Beide Analysen werden Ihnen automatisiert 4x jährlich per Mail zugestellt wird. Eine Abbestellung ist jederzeit möglich.

5. Datenanlieferung aus Vorjahren⁴⁾ (KOSTENPFLICHTIG – siehe Preisliste)

Möchten Sie die Möglichkeit haben, die Daten aus Vorjahren zu übermitteln?

☐ JA - Kosten: CHF 300.00 pro 12 Monate (max. 36 Monate rückwirkend übermittelbar)

☐ 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 gesetz- 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