

Datenerhebung zur Mitgliedschaft



(Stempel des Beitretenden Mitglieds)

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir bitten Sie folgende Fragen zu beantworten und den Datenerhebungsbogen
gemeinsam mit Ihrer Anmeldung an das Netzbüro zu geben.

(1) Welches Arztinformationssystem benutzen Sie in Ihrer Praxis?

(2) Verfügen Sie über einen KV-Connect Anschluss?

- Ja
- Nein

(2.1) Welches Modul benutzen Sie von KV-Connect?

- Übermittlung der Abrechnung (1 - Click Abrechnung)
- Übermittlung von eDokumentationen (eDoku)
- Austausch von Arztbriefen (eArztbrief)
- E-Mailing innerhalb des sicheren Netzes der KVen (eNachrichten)

(3) Die GNEF ist ein von der KV Hessen zertifiziertes Praxisnetz. Die Mitglieder von
zertifizierten Praxisnetzen in Hessen erhalten eine Förderung über die KV-Hessen.
Zur Anmeldung Ihrer Mitgliedschaft bei KV-Hessen benötigen wir Ihre BSNR und
LANR.

BSNR: _____ LANR: _____

(4) Kontaktdaten für den Informationsaustausch durch das Netzbüro

- Mobilnummer: _____
- Mailadresse: _____

b.w.

(5) Innerhalb der GNEF Mitgliedern wurden direkte Durchwahlnummern der Mitglieder erhoben und an die Mitglieder weitergeleitet. Hierdurch ist ein schneller und direkter Kommunikationsweg unter den Kollegen gewährleistet. Sie erhalten ebenfalls die GNEF interne Liste der direkten Durchwahlnummern der Mitglieder. Bitte kreuzen Sie an ob Sie Ihre Direktdurchwahl bekannt geben möchten. Die Durchwahlliste wird ausschließlich an die Mitglieder der GNEF verteilt und nicht an die jeweiligen Praxisteams.

- Ja, meine Praxisdurchwahl lautet: _____
- Nein

(6) Die GNEF versendet zu Informationszwecken regelmäßige Newsletter und Informationen, wie Einladungen zu Mitarbeiterschulungen, Einladungen ärztlichen zu Fortbildungsmaßnahmen, berufspolitisch, u.Ä.. Aus datenschutzrechtlichen Gründen möchten wir Ihre Zustimmung zum Versand des Newsletters erfragen:

- Ja, ich möchte den Newsletter und Informationen erhalten
- Nein, ich möchte keinen Newsletter und Informationen erhalten.

(7) Die GNEF bietet Ihre Mitgliedern die Teilnahme an QuATRo Qualität in Arztnetzen Transparenz mit Routinedaten an. Informationen hierzu finden Sie in der Informationsmappe. Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie an diesem Projekt teilnehmen möchten. Sie erhalten eine jährlichen Qualitätsbericht für Ihre Praxis.

- Ja, ich möchte an QuATRo teilnehmen
- Nein, ich möchte nicht an QuATRo teilnehmen