

Fragebogen

Zusatzinformationen für den Betrieb des Trust Centers Aargau

Sehr geehrte Trust Center Kundin, sehr geehrter Trust Center Kunde

Damit wir den Datenaustausch zwischen Ihrer Praxis und dem Trust Center Aargau sowie die Zugriffsrechte auf Ihren persönlichen Praxisspiegel gewährleisten können, brauchen wir von Ihnen einige Zusatzinformationen.

Die Zugriffsrechte werden anhand der Login-Identität im HIN-ASAS-Client gesteuert. Dank dieser Sicherheitstechnologie wird sichergestellt, dass nur von Ihnen autorisierte Benutzer Daten anliefern oder Auswertungen einsehen können.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Praxisinformationen

- ▶ ZSR-Nummer: _____
- ▶ GLN ¹⁾: _____
- ▶ Facharzttitel: _____ **(gem. FMH-Titelordnung)**
- ▶ Ihr Jahrgang: _____
- ▶ HIN E-Mail Adresse: _____ **(bitte @hin.ch verwenden)**
- ▶ Praxissoftware: _____
- ▶ Telefonnummer: _____

¹⁾ Sollten Sie in einer Gruppenpraxis arbeiten, welche unter einer ZSR-Nummer abrechnet, bitten wir Sie, uns die Gruppen-GLN (7601.....) anzugeben.

▶ Angaben zum Notfalldienst (bitte ankreuzen):

- Regionaler Notfalldienst
- Hintergrunddienst von Spezialisten
- Kein Notfalldienst

▶ Bitte kreuzen Sie den Anteil Ihres Medikamentenumsatzes am Praxisumsatz an:

- Anteil < 5% → keine Abgabe
- Anteil < 30% → Notfall-Apotheke
- Anteil > 30% → Praxisapotheke

2. Lieferung Rechnungsdaten

Senden Sie uns Ihre Rechnungsdaten selber aus der Praxis? JA NEIN

Wenn **Ja**, wie lautet Ihr HIN Benutzername/Registrations Login ²⁾? _____

Wenn **Nein**, wer übermittelt Ihre Rechnungsdaten an das Trust Center Aargau?

Ärztekasse MediData (medidata) Curabill / Swisscom Health AG (ereumer1) andere

☞ Bitte verpflichten Sie die Abrechnungsstelle zur Weiterleitung Ihrer Rechnungsdaten an das Trust Center Aargau. Die Abrechnungsstelle muss dem Trust Center Aargau den HIN Benutzernamen bekannt geben, ansonsten ist die Datenübermittlung nicht möglich.

3. Praxisspiegel

Über welchen HIN Benutzername/Registrations Login ²⁾ werden Sie den Praxisspiegel abrufen?

Mit welcher Fachgruppe möchten Sie sich vergleichen? _____

²⁾ Sie finden Ihr **HIN Benutzername/Registrations Login** in Ihren HIN-Installationsunterlagen oder durch Klicken des HIN-Icons (zZt oranger Schlüssel in der Taskliste unten rechts auf Ihrem Bildschirm).

Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
Trust Center Aargau

Datum: _____

Unterschrift / Praxisstempel

Falls Sie eine neue Praxis eröffnen, bitten wir Sie, hier das Eröffnungsdatum einzutragen:

Falls Sie eine Praxis übernehmen, bitten wir Sie hier einzutragen, von wem Sie per wann die Praxis übernehmen:

Praxis von Dr. _____

per: _____

➔ **Bitte retournieren an:**
Trust Center Aargau
c/o Aargauischer Ärzteverband
Im Grund 12
5405 Baden-Dättwil