

## Zusatzinformation für den Betrieb des TrustCenters

Damit wir Ihre Daten vervollständigen können, brauchen wir von Ihnen einige Zusatzinformationen: Es geht dabei vor allem um den Datenaustausch zwischen Ihrer Praxis und dem TrustCenter sowie um die Zugriffsrechte auf Ihren persönlichen PraxisNavigator.

**Wir bitten Sie daher, die folgenden Fragen zu beantworten:**

### 1. Praxisinformationen

Praxisname .....	ZSR-Nr. Praxis .....
	(falls vorhanden).
Name Ärztin/Arzt .....	Geburtsdatum .....
Adresse .....	Tel. / Fax .....
Facharzttitel (FMH) .....	Praxiseröffnungsjahr .....
Mailadresse .....	Praxissoftware .....
ZSR-Nr. Ärztin/Arzt .....	GLN-Nr. 7601 .....
Handy-Nr. Ärztin/Arzt* .....	

\*Obligatorische Angabe: Der Zugang zum PraxisNavigator ist durch das mTAN Verfahren geschützt, Sie erhalten jeweils einen Code auf Ihr Handy. Die Datenanlieferung ist davon nicht betroffen.

### 2. Angaben zur Datenanlieferung an das TC

Ihre Daten werden ab 1.1.2019 übermittelt.

Ihre Daten werden rückwirkend auch für vergangenes Jahr übermittelt (kostenpflichtig).

Senden Sie uns Ihre Rechnungsdaten aus Ihrer Praxis selbst?  JA  NEIN

⇒ Wenn NEIN, wer übermittelt Ihre Rechnungsdaten ans TrustCenter?

Ärztekasse  H-Clearing  MediData  Swisscom Health (Curabill/ H-NET)

### 3. Abo (Tarife und Bedingungen gemäss aktueller Preisliste)

Abo Standard  Teilzeit  zur Rose  Gruppenpraxis; Anzahl Ärzte: \_\_\_\_\_

Premium  Semester  Bioanalytica (mit eigener ZSR-Nummer)

### 4. Medikamentenabgabe (Zutreffendes ankreuzen)

Praxisapotheke  Notfallapotheke  keine Medikamentenabgabe

### 5. Notfalldienst (Zutreffendes ankreuzen)

Ja  Nein

### 6. Bestellung Quartalsreport (Email)

Der Email-Quartalsreport sendet Ihnen die wichtigsten Zahlen als PDF direkt an die von Ihnen angegebene Email Adresse. Quartalsweise erhalten Sie so einen Überblick Ihrer Zahlen aus dem PraxisNavigator. Diese Dienstleistung ist im Mitgliederbeitrag eingeschlossen.

Ja, ich bestelle den Email-Quartalsreport an diese Adresse: .....  
(bitte angeben falls unterschiedlich zur Angabe unter 1. Praxisinformation)

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass die Zustellung des Reports an die obengenannte Adresse erfolgt und die Auswertungen Dritten in keiner Form zugänglich sind.

Besten Dank für die rasche Retournierung des Fragebogens. Bei Unklarheiten rufen Sie uns einfach an.

Unterschrift / Stempel Praxis