

Stammdaten

Bitte füllen Sie das Formular vor dem Senden oder Faxen am Bildschirm aus.

Praxis/Name: BSNR:

Straße: Telefon: E-Mail:

PLZ/Ort: Telefax: Internet:

Zuständige(r) MFA / Ansprechpartner(in):

Zeiten der besten telefonischen Erreichbarkeit:

Bevorzugte Kontaktart für Projektanfragen: E-Mail Fax Post Telefon

Praxisprofil

<p>Art:</p> <p><input type="radio"/> Einzelpraxis</p> <p><input type="radio"/> Praxisgemeinschaft</p> <p><input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis</p> <p><input type="radio"/> MVZ</p> <p>Sonstiges:</p> <p><input type="checkbox"/> Regelmäßige Hausbesuche</p> <p><input type="checkbox"/> Typische allgemeinmedizinische Praxis ohne überwiegenden Schwerpunkt</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten aller Altersgruppen</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme am organisierte Ärztlichen Notdienst</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung von Alten- / Pflegeheimen</p>	<p>Lage (Einwohnerzahl):</p> <p><input type="radio"/> ländlich (<5000)</p> <p><input type="radio"/> Kleinstadt (5000-20.000)</p> <p><input type="radio"/> Stadt (20.001-100.000)</p> <p><input type="radio"/> Großstadt (>100.000)</p>	<p>Anzahl der "Scheine" pro Quartal:</p> <p><input type="radio"/> < 1000</p> <p><input type="radio"/> 1001-2000</p> <p><input type="radio"/> > 2000</p>	<p>Anzahl der Mitarbeiter:</p> <p>Mitarbeiter (gesamt): <input type="text"/></p> <p>Behandelnde Ärzte: <input type="text"/></p> <p>Praxisgründung:</p> <p>Jahr: <input type="text"/></p> <p>Praxis-Schwerpunkt:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
---	---	--	--

Infrastruktur und Dokumentation

Ist in der Praxis ein Internetanschluss vorhanden? nein ja

Nutzen Sie das KV-SafeNet? nein ja

Werden Patientenakten elektronisch geführt? nein ja teilweise

Werden Patientendaten elektronisch mit anderen Praxen/Kliniken ausgetauscht? nein ja, mit diesen Technologien:

Welche Praxissoftware wird eingesetzt?

<input type="checkbox"/> Turbomed	<input type="checkbox"/> Medistar	<input type="checkbox"/> ixx.comfort (DocExpert Comfort)
<input type="checkbox"/> Duria	<input type="checkbox"/> Albis	<input type="checkbox"/> ixx.concept (DocConecept)
<input type="checkbox"/> easymed	<input type="checkbox"/> Quincy	<input type="checkbox"/> ixx.isynet (MCS Isynet)
<input type="checkbox"/> DATA-AL	<input type="checkbox"/> APW-Wiegand	<input type="checkbox"/> E.L. Elaphe Longissima
<input type="checkbox"/> David	<input type="checkbox"/> S3-Win	<input type="checkbox"/> CompuMED-M1
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="text"/>	

Ärzte der Praxis

1. Titel: Vorname: Name: LANR:

Facharzt-Qualifikationen:

Zusatzbezeichnungen:

Ich erkläre mich zur Teilnahme am BeoNet-Register (siehe unten) bereit.

Unterschrift:

2. Titel: Vorname: Name: LANR:

Facharzt-Qualifikationen:

Zusatzbezeichnungen:

Ich erkläre mich zur Teilnahme am BeoNet-Register (siehe unten) bereit.

Unterschrift:

3. Titel: Vorname: Name: LANR:

Facharzt-Qualifikationen:

Zusatzbezeichnungen:

Ich erkläre mich zur Teilnahme am BeoNet-Register (siehe unten) bereit.

Unterschrift:

Hinweis: Bei mehr als drei behandelnden Ärzten diese Seite des Formulars bitte mehrfach einreichen.

BeoNet-Register - Kurzbeschreibung

Mitglieder des Beobachtung-Netzwerkes (BeoNet) erklären sich bereit, auf Anfrage oder in regelmäßigen Abständen die in ihrer Praxissoftware gepflegten Routinedaten zu Forschungszwecken an die Datenverarbeitungsstelle des BeoNet-Registers zu übertragen, sofern dies keine wesentliche Störung des Praxisbetriebs verursacht. Die Daten werden vor dem Verlassen der Praxis pseudonymisiert, im Sinne des BDSG §3 Absatz 6a. Auswertung und Publikation der Daten erfolgt nur in anonymisierter Form, im Sinne des BDSG §3 Absatz 6. Die Teilnahme am BeoNet-Register gilt zunächst für 5 Jahre und kann jederzeit gegenüber dem Register schriftlich gekündigt werden.

Weitere Infos und Kontakt:

Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Telefon: 0511 532 9317 Fax: 0511 532 169317
EMail: lingner.heidrun@mh-hannover.de

Praxisstempel / Absenden

Datum