



Praxis:
 Telefonnummer :
 Ansprechpartner:
 Datum:

Praxisstempel :

Welche allgemeinen Kommunikationsdienste nutzen Sie ?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Telefon | <input type="checkbox"/> Telefax |
| <input type="checkbox"/> Internet PC | <input type="checkbox"/> Internet LAN |
| <input type="checkbox"/> Intranet | <input type="checkbox"/> E-Mail |
| <input type="checkbox"/> SMS | <input type="checkbox"/> Banking |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

Sind Sie D oder H - Arzt ?

- D-Arzt
 H-Arzt

Welchem KV - Bereich sind Sie zugeordnet ?

- Sachsen-Anhalt
 Sachsen
 Thüringen

Welche eHealth - Dienste benötigen Sie ?

- eArztbrief
 Labordatentransfer LDT
 DALE-UV
 Medimed Prescriber
 Hausarztzentrierte Versorgung HzV

Welches Praxisverwaltungsprogramm nutzen Sie ?

Welche Anschlüsse und Zugänge hat Ihre Praxis ?

- Online-Abrechnung KV / PVS
 eDialyse
 eKoloskopie
 eHKS
 eDMP
 eMammographie
 Zervix-Zytologie
- E-Mail Dienst
 Andere: _____

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> analog | <input type="checkbox"/> D2D | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ISDN Mehrg | <input type="checkbox"/> KV-SafeNet | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ISDN Anlage | <input type="checkbox"/> KV-FlexNet | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> DSL | <input type="checkbox"/> KV-Portal | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> UMTS | | |
| <input type="checkbox"/> Breitband | <input type="checkbox"/> Provider | _____ |
| <input type="checkbox"/> Telefonanlage | | _____ |