

Anmeldung HIN Praxispaket PLUS



Ausprägung: 2 IDs 5 IDs 10 IDs (S.2 doppelt ausdrucken)

HEALTH INFO NET AG

① Adresse und Vertragsnehmer:

Firma	_____	Telefon	_____
Adresse	_____	Fax	_____
Adresse 2	_____	E-Mail	_____
PLZ/Ort	_____		
GLN-Nr. Firma	_____	Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch
ZSR-Nr. Firma	_____	Bevorzugte Korrespondenzart	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Brief <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefon

Vertragsnehmer:

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Telefon	_____
Titel	<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Prof.	Mobile	_____
Facharzttitel / Berufsbezeichnung	_____	FMH-Nr.	_____
Vorname(n)	_____	GLN-Nr. Person	_____
Nachname	_____	ZSR-Nr. Person	_____

Rechnungsadresse: (falls abweichend)

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch
Titel	<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Prof.	Telefon	_____
Vorname(n)	_____	Nachname	_____
Adresse	_____	Adresse 2	_____
Firma	_____	PLZ/Ort	_____

② Unterschrift und Firmenstempel:

Ja, der Anmeldung sind alle notwendigen Ausweiskopien(Pass oder ID) beigelegt.

Die/Der Unterzeichnende bestätigt, dass sie/er für die oben genannte Firma zeichnungsberechtigt ist, dass die Grundvoraussetzungen zum Abschluss des Vertrages erfüllt sind und dass die aufgeführten Benutzer dazu berechtigt sind, in der digitalen Welt als Vertreter/in der Firma aufzutreten. Der Vertragsnehmer bestätigt, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Die/Der Unterzeichnende erklärt, die folgenden Vertragsunterlagen zur Kenntnis genommen zu haben und damit einverstanden zu sein: AGB der HIN, Rahmenbedingungen für die elektronische Datenkommunikation und Leistungsbeschreibung. Sie finden die Unterlagen auf www.hin.ch.

Ort und Datum:	_____	Firmenstempel:	_____
Unterschrift Vertragsnehmer	_____		

Formular und ID- oder Passkopien per Post an:

Vielen Dank für Ihre Bestellung.

Health Info Net AG
Seidenstrasse 4
8304 Wallisellen

③ HIN Identitäten wählen										
Gewünschte E-Mail-Adresse		_____@hin.ch	_____@hin.ch	_____@hin.ch	_____@hin.ch	_____@hin.ch	_____@hin.ch	_____@hin.ch	_____@hin.ch	_____@hin.ch
		<input type="checkbox"/> bestehende Adresse <input type="checkbox"/> neue Adresse	<input type="checkbox"/> bestehende Adresse <input type="checkbox"/> neue Adresse	<input type="checkbox"/> bestehende Adresse <input type="checkbox"/> neue Adresse	<input type="checkbox"/> bestehende Adresse <input type="checkbox"/> neue Adresse	<input type="checkbox"/> bestehende Adresse <input type="checkbox"/> neue Adresse	<input type="checkbox"/> bestehende Adresse <input type="checkbox"/> neue Adresse	<input type="checkbox"/> bestehende Adresse <input type="checkbox"/> neue Adresse	<input type="checkbox"/> bestehende Adresse <input type="checkbox"/> neue Adresse	<input type="checkbox"/> bestehende Adresse <input type="checkbox"/> neue Adresse
Identitätstyp*	Persönlich lautend auf Vertragsnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Persönlich lautend auf weitere Person (unten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unpersönlich lautend auf die Firma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angaben zu weiteren Personen (falls abweichend zu Vertragsnehmer) ergänzen, wenn persönliche Identitäten ausgewählt wurden.										
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
Titel	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Prof.	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Prof.	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Prof.	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Prof.	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Prof.
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> FR
Facharzttitel / Berufsbezeichnung										
Vorname(n)										
Nachname										
FMH-Nr.										
ZSR Nr. Person										
GLN-Nr. Firma										
GLN-Nr. Person										
Telefon										
Unterschrift										
Ausweiskopie (Pass oder ID)	<input type="checkbox"/> Ja, ist beigelegt.	<input type="checkbox"/> Ja, ist beigelegt.	<input type="checkbox"/> Ja, ist beigelegt.	<input type="checkbox"/> Ja, ist beigelegt.	<input type="checkbox"/> Ja, ist beigelegt.	<input type="checkbox"/> Ja, ist beigelegt.	<input type="checkbox"/> Ja, ist beigelegt.	<input type="checkbox"/> Ja, ist beigelegt.	<input type="checkbox"/> Ja, ist beigelegt.	<input type="checkbox"/> Ja, ist beigelegt.

Informationen HIN Identitätstypen*		
	Persönliche HIN Identität	Unpersönliche HIN Identität
Beschreibung	<p>Diese HIN Identität ist eindeutig einer Person zugeordnet. Es handelt sich um einen elektronischen Identitätsnachweis für eine Person.</p> <p>Empfohlene Wahl der E-Mail-Adresse: dr.vorname.name@hin.ch, dr.name@hin.ch, vorname.name@hin.ch</p> <p>Auf Wunsch des Vertragsnehmers kann die Emailadresse mit Organisationsbezug gewählt werden: Bsp. name.praxisname@hin.ch</p>	<p>Diese HIN Identität ist eindeutig einer Institution (Praxis/Firma/Organisation) zugeordnet. Es handelt sich um einen elektronischen Identitätsnachweis für eine Institution.</p> <p>Empfohlene Wahl der E-Mail-Adresse: praxis.carl.muster@hin.ch, praxisname@hin.ch, firma@hin.ch</p>
Typischer Verwendungszweck	<p>Zugriff auf Daten und Webdienste, für die eine spezifische Person berechtigt ist.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche E-Mail-Korrespondenz (HIN-Postfach der Person) • Zugriff auf Daten, die nur für einen Praxisinhaber zugänglich sind • Verwendung von Diensten, die nur ein Arzt verwenden kann (z.B. eRezept) 	<p>Zugriff auf Daten und Webdienste, für die eine spezifische Institution berechtigt ist bzw. die Mitarbeitenden dieser Institution.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • E-Mail Korrespondenz der Institution (HIN-Postfach der Praxis/Firma/Organisation) • Abwicklung von administrative Aufgaben (Rechnungsdatenanlieferung beim TrustCenter, Covercard Service, etc.)
Rechte / Pflichten	<p>Der berechtigte Benutzer der persönlich HIN Identität alleine darf die Identität verwenden oder Mutationen an der Identität vornehmen Die HIN Identität ist persönlich und nicht übertragbar. Der Organisationsbezug einer bestehenden persönlichen HIN Identität kann gewechselt werden.</p>	<p>Der Vertragsnehmer ist für den Einsatz der unpersönlichen HIN Identität verantwortlich.</p>
Bedingung	<p>Ausweiskopie (Pass oder ID) beilegen.</p>	

Anmeldung Covercard Service (optional):	
HIN Identität	<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte den HIN Covercard Service für meine HIN Identität anmelden.
Kartenleser	<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte zur Abfrage der Versichertenkarte ein Lesegerät bestellen. Der Leser kostet einmalig CHF 169.- (exkl. MwSt.). <input type="checkbox"/> Chipleser oder <input type="checkbox"/> Magnetstreifenleser
Kompatibilität	<p>Welcher Kartenleser von Ihrer Praxissoftware unterstützt wird, erfahren Sie hier: https://download.hin.ch/documentation/Praxissoftwarehersteller_Kartenleser.pdf</p>
PC / Mac mit Internetzugang	<input type="checkbox"/> Ja, ist vorhanden
Mit welchem Betriebssystem arbeiten Sie?	<input type="checkbox"/> Windows <input type="checkbox"/> Mac OS X bis 10.8 <input type="checkbox"/> Mac OS X ab 10.9 <input type="checkbox"/> Sonstige
Welche Software verwenden Sie für Ihre Praxisadministration?	<input type="checkbox"/> Medi Win CB / Ärztekasse <input type="checkbox"/> Vitomed / Vitodata <input type="checkbox"/> Triamed / HCI Solution <input type="checkbox"/> Simed / Ametiq <input type="checkbox"/> Aeskulap / Kern <input type="checkbox"/> Sonstige