ZÜRIDOC

Beitrittserklärung

Beilage 1 zum Anschlussvertrag ärzteeigene Datensammlung
Gültigkeit: ab 01.01.2025

Name der Praxis* _____

Titel, Name*, Vorname* Praxisinhaber:in _____

ZSR Nummer* _____

EAN / GLN Nummer* _____

Postadresse, Strasse, Hausnr. _____

PLZ, Praxisstandort* _____

E-Mail-Adresse* _____

Hiermit tritt die vorgenannte Leistungserbringerin / der vorgenannte Leistungserbringer der Zusammenarbeit und der Datensammlung im ambulanten Bereich durch das TrustCenter ZÜRIDOC AG bei.
Die/der Unterzeichnende bestätigt ausdrücklich, dass die Leistungserbringerin/der Leistungserbringer

✓ ordentliches Mitglied folgender Gesellschaften ist

- ☐ FMH
- ☐ Kantonale Ärztegesellschaft _____
- ☐ Fachgesellschaft _____
- ☐ Kein ordentliches Mitglied dieser Gesellschaften ist, aber als Nichtverbandsmitglied berechtigt ist, zulasten der OKP abzurechnen

✓ Kenntnis vom Datennutzungsreglement der NewIndex AG hat

✓ mit der Verwendung ihrer/seiner Daten im Rahmen der nationalen Datensammlung im ambulanten Bereich einverstanden ist

✓ den Beitritt zum vorliegenden Anschlussvertrag und die damit verbundene gesetzes- sowie vertragskonforme Verwendung ihrer/seiner eingelieferten Daten erklärt

✓ Zur Kenntnis nimmt, dass der Beitrag der AGZ nur bei erfüllter Datenlieferungspflicht erstattet wird

Der Rahmenvertrag «Datensammlung im ambulanten Bereich und Zusammenarbeit» kann auf Verlangen der Leistungserbringerin/dem Leistungserbringer von der AGZ bzw. ZüriDoc in elektronischer Form zugestellt werden.

Für die Leistungserbringerin / den Leistungserbringer:

_____	_____
Ort, Datum	Praxis / Stempel
_____	_____
Vorname Nachname	Unterschrift

Bemerkung:
Die mit * gekennzeichneten Angaben werden an TrustX zur Verarbeitung in der Datensammlung weitergeleitet

Angaben zur Praxis*

☐ In der Praxis ist eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer tätig und rechnet über eine ZSR Nummer ab (Einzelpraxis). Dies ist auch der Fall, wenn mehrere Leistungserbringer oder Leistungserbringerinnen eine gemeinsame Infrastruktur nutzen und jeweils über die eigene ZSR Nummer abrechnen.

☐ In der Praxis sind zwei oder mehr Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer tätig und rechnen über die gleiche ZSR Nummer ab (Gruppenpraxis oder Institut)

Es besteht die Möglichkeit, im Gruppenpraxisspiegel die erbrachten Leistungen auf Ebene GLN Nummer aufzuschlüsseln und darzustellen. Mit dieser Option können Sie die erbrachten Leistungen der einzelnen Leistungserbringer differenzieren und mit dem jeweiligen entsprechenden Referenzkollektiv vergleichen. Bitte kreuzen Sie auf Wunsch diese Option an und füllen Sie die dafür die Zusatzfelder auf Seite 3 aus.

☐ Ja, ich wünsche einen Gruppenpraxisspiegel

Fachspezialität* _____

Jahrgang* / Geschlecht* _____ / _____

Teilzeitpensum bis 60% ☐ ja

Medikamentenabgabe*
- 0 Praxis-Apotheke
- 0 Notfall-Apotheke
- 0 Keine Medikamentenabgabe

Notfalldienst*
- 0 Regionaler Notfalldienst
- 0 Hintergrunddienst von Spezialisten
- 0 Kein Notfalldienst

Angaben zur Rechnungsadresse (falls abweichend vom Praxisstandort)

Rechnungsadresse: Strasse, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Postfach _____

E-Mail-Adresse für die Rechnungszustellung _____

Angaben zur Übermittlung der Abrechnungsdaten* (es können mehrere HIN-ID berechtigt werden)

Start der Datenanlieferung (auch rückwirkend möglich): _____

folgende HIN-ID* sind zur Datenanlieferung berechtigt:

☐ Praxis: HIN E-Mail-Adresse (HIN ID) _____

☐ Ärztekasse ☐ curabill

☐ medidata ☐ medidoc

☐ andere _____

Angaben zur Einsicht in den Praxisspiegel* (es können mehrere HIN-ID berechtigt werden)

HIN E-Mail-Adresse (HIN ID) _____

Angaben zur Administration des Praxisspiegel*(es können mehrere HIN-ID berechtigt werden)

HIN E-Mail-Adresse (HIN ID) _____

* HIN-ID: Die HIN-ID ist Ihrer HIN Email-Adresse zugeordnet. Sie finden diese und Ihr HIN-Login im ServiceCenter von HIN (www.hin.ch) oder im HIN-Client auf Ihrer Arbeitsstation.

Option Gruppenpraxisspiegel (diese Seite nach Bedarf vervielfältigen)

Bitte pro Leistungserbringerin / Leistungserbringer ausfüllen

Titel, Name*, Vorname* _____

EAN / GLN _____

E-Mail-Adresse* _____

HIN-ID, welche zur Praxisspiegeleinsicht berechtigt ist (es sind mehrere möglich) _____

Fachspezialität* _____

Jahrgang* / Geschlecht* _____ / _____

Medikamentenabgabe*
- 0 Praxis-Apotheke
- 0 Notfall-Apotheke
- 0 Keine Medikamentenabgabe

Notfalldienst*
- 0 Regionaler Notfalldienst
- 0 Hintergrunddienst von Spezialisten
- 0 Kein Notfalldienst

Bitte pro Leistungserbringerin / Leistungserbringer ausfüllen

Titel, Name*, Vorname* _____

EAN / GLN _____

E-Mail-Adresse* _____

HIN-ID, welche zur Praxisspiegeleinsicht berechtigt ist (es sind mehrere möglich) _____

Fachspezialität* _____

Jahrgang* / Geschlecht* _____ / _____

Medikamentenabgabe*
- 0 Praxis-Apotheke
- 0 Notfall-Apotheke
- 0 Keine Medikamentenabgabe

Notfalldienst*
- 0 Regionaler Notfalldienst
- 0 Hintergrunddienst von Spezialisten
- 0 Kein Notfalldienst

Bitte pro Leistungserbringerin / Leistungserbringer ausfüllen

Titel, Name*, Vorname* _____

EAN / GLN _____

E-Mail-Adresse* _____

HIN-ID, welche zur Praxisspiegeleinsicht berechtigt ist (es sind mehrere möglich) _____

Fachspezialität* _____

Jahrgang* / Geschlecht* _____ / _____

Medikamentenabgabe*
- 0 Praxis-Apotheke
- 0 Notfall-Apotheke
- 0 Keine Medikamentenabgabe

Notfalldienst*
- 0 Regionaler Notfalldienst
- 0 Hintergrunddienst von Spezialisten
- 0 Kein Notfalldienst