

# Checkliste Teilnahme Arztportal

## An die Interessierten des UKE-Arztportals

Bitte geben Sie uns einige Informationen und Angaben, wenn Sie an dem UKE-Arztportal teilnehmen und darüber Informationen über Ihre Patienten:innen einsehen möchten.

Damit wir den Teilnahmevertrag korrekt vorbereiten einrichten können, benötigen wir einige detaillierte Angaben.

## Vertragspartner:in und Anschrift

Wie lautet die genaue Anschrift, die im Vertrag erscheinen soll?

Genau Bezeichnung der Praxis/Praxisgemeinschaft/MVZ/Klinik/Fachabteilung	
Verantwortliche Vertragspartner:in (1)	
Verantwortliche Vertragspartner:in (2)	
Betriebsstättennummer (BSNR )	
Straße und Hausnummer	
PLZ	
Ort	
Telefonnummer	

## Anzahl und Ausstattung der Rechner/PCs

An wie vielen PCs soll bei Ihnen der Zugang zum Arztportal möglich sein? Diese Informationen sind für uns wichtig, da für den Zugriff auf das Arztportal im Browser ein Zertifikat erforderlich ist, das Sie von uns kostenfrei erhalten.

Wieviele PC/Rechner sollen in Ihrer Praxis/Abteilung den Zugriff auf das UKE-Arztportal erhalten?	
Welche Betriebssysteme haben diese Rechner? (Mehrfachnennungen sind möglich)	<input type="checkbox"/> Win 7 <input type="checkbox"/> Win 8 <input type="checkbox"/> Win 10 <input type="checkbox"/> Macintosh <input type="checkbox"/> Linux
Welche Browser für den Internetzugang sind installiert? (Mehrfachnennungen sind möglich)	<input type="checkbox"/> Microsoft Internet Explorer <input type="checkbox"/> Microsoft Edge (Chromium Basis) <input type="checkbox"/> Chrome <input type="checkbox"/> Safari <input type="checkbox"/> Firefox <input type="checkbox"/> Andere
Ist auf diesen Rechnern der Acrobat Reader installiert? (Dieses Programm ist kostenfrei nutzbar und wird für die Anzeige des elektronischen Arztbriefes benötigt.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Anprechpartner:in für Rückfragen bezüglich Ihrer Teilnahme am UKE-Arztportal

Name	
Telefon	
Mail-Adresse	