

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung
Sachgebiet 2
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Fax 0711 7875-483930

Absender/Stempel

Antrag für die Teilnahme eines angestellten Arztes am Modellprojekt docdirekt

I) Persönliche Angaben

Angaben des anstellenden Arztes

BSNR _____

LANR _____

Nachname _____

Vorname _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Angaben zum angestellten Arzt, der am Projekt teilnehmen wird

BSNR _____

LANR _____

Nachname _____

Vorname _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Kontaktdaten des angestellten Arztes *

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Handy

E-Mail

* Die Angaben dienen dazu, den angestellten Arzt im weiteren Projektverlauf zeitnah über Neuerungen zu informieren. Falls Ihr angestellter Arzt am Projekt teilnimmt, werden die angegebenen Daten als seine Kontaktdaten in der Software hinterlegt. Die angegebenen Daten werden nur für das Projekt docdirekt verwendet und nicht zentral in der KVBW gespeichert.

Praxiskontaktdaten

Straße, Hausnummer

PLZ, Praxisort

Telefon

E-Mail

2) Technische Angaben

	Ja	Nein
a) Mindestens ein Arbeitsplatz in der Praxis verfügt über:		
▪ einen kabelbasierten Internetanschluss (z. B. FFTH, DOCSIS, (V)DSL) mit mindestens 16 Mbit/s im Downstream (entspricht einem DSL-16.000-Anschluss der deutschen Telekom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ einen Bildschirm mit einer Auflösung von mindestens 1920 x 1080	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ eine Webcam mit einer Auflösung von mindestens 1280 x 720	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ mindestens Windows 10 bzw. MacOS High Sierra (10.10) als Betriebssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls nein: Welches Betriebssystem verwenden Sie? _____		
▪ Google Chrome oder Opera als Webbrowser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls nein: Welchen Webbrowser verwenden Sie? _____		
b) Der angestellte Arzt besitzt ein iPhone oder ein Smartphone mit Android als Betriebssystem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bitte beantworten Sie die nachfolgende Frage nur, wenn eine der vorgenannten technischen Voraussetzungen nicht erfüllt wird:		
Die Praxis ist bereit, die technischen Erfordernisse in Abstimmung mit der KVBW auf eigene Kosten zu erfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Persönliche Qualifikation

Weiterbildung/en des angestellten Arztes

Zusatzqualifikation/en des angestellten Arztes

	Ja	Nein
Der angestellte Arzt hat bereits Erfahrungen im Umgang mit Videotelefonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja: Welche? _____		

4) Ansprechzeiten

Der angestellte Arzt wird voraussichtlich ca. ____ Stunden pro Woche am Projekt docdirekt mitwirken können.

Der angestellte Arzt wird hauptsächlich zu folgenden Zeiten eine ausreichende Kapazität für docdirekt haben:

Tag	9 – 14 Uhr	14 – 19 Uhr
Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich versichere, die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift (Arzt)