

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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

Fax 0711 7875-483930

| |
|-------------------------|
| Absender/Stempel |
|-------------------------|

Antrag für die Teilnahme am Modellprojekt docdirekt

1) Persönliche Angaben

BSNR _____

LANR _____

Nachname _____

Vorname _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Kontaktdaten *

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Handy _____

E-Mail _____

* Die Angaben dienen dazu, Sie im weiteren Projektverlauf zeitnah über Neuerungen zu informieren. Falls Sie am Projekt teilnehmen, werden die angegebenen Daten als Ihre Kontaktdaten in der Software hinterlegt. Die von Ihnen 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) Ich besitze 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: | | |
| Ich bin 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

Zusatzqualifikation/en

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe bereits Erfahrungen im Umgang mit Videotelefonie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja: Welche? _____ | | |

4) Ansprechzeiten

Ich werde voraussichtlich ca. ____ Stunden pro Woche am Projekt docdirekt mitwirken können.

Ich rechne damit, dass ich hauptsächlich zu folgenden Zeiten eine ausreichende Kapazität für docdirekt habe:

| 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)