

**Ergänzungsblatt für einen GDA eines HEALIX Teilnehmers als  
Informations- und Kommunikations (IKT) Dienstleister  
für die  
„Netzdienstleistung eHealth Interexchange (HEALIX)  
zum sicheren Transport von Daten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen in einem  
geschlossenen Netzwerk“**

*Alle personenbezogenen Bezeichnungen des Textes sind jeweils geschlechtsneutral formuliert zu verstehen.*

**A. Informations- und Kommunikations (IKT) Dienstleister - Stammdaten**

Name/Bezeichnung: .....

Straße: .....

Hausnummer: .....

Postleitzahl: .....

Ort: .....

**B. Antrag für**

- Einen neuen GDA eines IKT Dienstleisters**  
 **Bitte weiter bei Punkt 1. (Seite 2)**

# 1. Neuer Gesundheitsdiensteanbieter (GDA), der vom unter Punkt A. angeführten IKT Dienstleister an HEALIX angebunden wird - Stammdaten

Name/Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Hausnummer: \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_

## 1.1. Rolle(n) nach Anlage 1: Rollen der GTeIV idgF für den unter Punkt 1. angeführten GDA

Es sind die Rollen für Personen („Teil1: Rollen für Personen“) und/oder die Rollen für Organisationen („Teil2: Rollen für Organisationen“) anzugeben. Bitte die vollständige Rollenbezeichnung im Freitextfeld ergänzen. Es sind mehrere Nennungen möglich.

### Teil 1: Rollen für Personen

<input type="checkbox"/>	01: _____	<input type="checkbox"/>	02: _____	<input type="checkbox"/>	03: _____
<input type="checkbox"/>	04: _____	<input type="checkbox"/>	05: _____	<input type="checkbox"/>	06: _____
<input type="checkbox"/>	07: _____	<input type="checkbox"/>	08: _____	<input type="checkbox"/>	09: _____
<input type="checkbox"/>	10: _____	<input type="checkbox"/>	11: _____	<input type="checkbox"/>	12: _____
<input type="checkbox"/>	13: _____	<input type="checkbox"/>	14: _____	<input type="checkbox"/>	15: _____
<input type="checkbox"/>	16: _____	<input type="checkbox"/>	17: _____	<input type="checkbox"/>	18: _____
<input type="checkbox"/>	19: _____	<input type="checkbox"/>	20: _____	<input type="checkbox"/>	21: _____
<input type="checkbox"/>	22: _____	<input type="checkbox"/>	23: _____	<input type="checkbox"/>	_____:

### Teil 2: Rollen für Organisationen

<input type="checkbox"/>	01: _____	<input type="checkbox"/>	02: _____	<input type="checkbox"/>	03: _____
<input type="checkbox"/>	04: _____	<input type="checkbox"/>	05: _____	<input type="checkbox"/>	06: _____
<input type="checkbox"/>	07: _____	<input type="checkbox"/>	08: _____	<input type="checkbox"/>	09: _____
<input type="checkbox"/>	10: _____	<input type="checkbox"/>	11: _____	<input type="checkbox"/>	12: _____
<input type="checkbox"/>	13: _____	<input type="checkbox"/>	14: _____	<input type="checkbox"/>	15: _____
<input type="checkbox"/>	16: _____	<input type="checkbox"/>	17: _____	<input type="checkbox"/>	18: _____
<input type="checkbox"/>	19: _____	<input type="checkbox"/>	20: _____	<input type="checkbox"/>	21: _____
<input type="checkbox"/>	22: _____	<input type="checkbox"/>	23: _____	<input type="checkbox"/>	24: _____
<input type="checkbox"/>	25: _____	<input type="checkbox"/>	26: _____	<input type="checkbox"/>	27: _____
<input type="checkbox"/>	28: _____	<input type="checkbox"/>	29: _____	<input type="checkbox"/>	30: _____
<input type="checkbox"/>	31: _____	<input type="checkbox"/>	32: _____	<input type="checkbox"/>	_____:

## 2. Organisatorische Ansprechperson beim GDA

Ansprechperson aus dem Themenbereich der organisatorischen Führung oder der Verrechnung.

Name: .....

Telefonnummer: .....

Faxnummer: .....

E-Mail: .....

Zustimmungserklärung der organisatorischen Ansprechperson:

Ich bin einverstanden, dass meine Kontaktdaten auf der Webseite von <https://www.healix.at> elektronisch verarbeitet und veröffentlicht werden.

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift der organisatorischen Ansprechperson)

### 2.1. Technische Ansprechperson beim GDA

Ansprechperson aus dem Themenbereich IT/IKT/EDV,  
kann entfallen wenn die organisatorische und die technische Ansprechperson ident sind.

Name: .....

Telefonnummer: .....

Faxnummer: .....

E-Mail: .....

Zustimmungserklärung der technischen Ansprechperson:

Ich bin einverstanden, dass meine Kontaktdaten auf der Webseite von <https://www.healix.at> elektronisch verarbeitet und veröffentlicht werden.

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift der technischen Ansprechperson)

### 3. Zeichnungsberechtigter/Bevollmächtigter des GDA

Name: .....

Telefonnummer: .....

Faxnummer: .....

E-Mail: .....

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift der technischen Ansprechperson)

#### 4. Änderungen werden gemeldet von

Name: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Faxnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift der technischen Ansprechperson)

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift Zeichnungsberechtigter, Stampiglie des IKT Dienstleisters)

#### Von der Beitrittsstelle auszufüllen

##### Gesundheitsknoten

- |   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Burgenland     | <input type="checkbox"/> Kärnten    | <input type="checkbox"/> Niederösterreich |
| <input type="checkbox"/> Oberösterreich | <input type="checkbox"/> Salzburg   | <input type="checkbox"/> Steiermark       |
| <input type="checkbox"/> Tirol          | <input type="checkbox"/> Vorarlberg | <input type="checkbox"/> Wien             |
| <input type="checkbox"/> _____          |                                     |   |

.....  
Datum, Gegenzeichnung der Beitrittsstelle

#### Vom Depositar auszufüllen

##### Freigabe durch den Depositar:

.....  
Datum, Gegenzeichnung des Depositars