

Nutzungserklärung

HEALIX Teilnehmer oder HEALIX Kooperationspartner 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.

1. Rolle in der Netzdienstleistung HEALIX

Nur eine Nennung möglich.

- HEALIX Teilnehmer** als Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) mit Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT)
 Bitte weiter bei Punkt 2. (Seite 2)
- HEALIX Teilnehmer** als Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) mit externem Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) Dienstleister
 Bitte weiter bei Punkt 2. (Seite 2)
- HEALIX Teilnehmer** als Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) Dienstleister für Gesundheitsdiensteanbieter (GDA)
 Bitte weiter bei Punkt 3. (Seite 3)
- HEALIX Kooperationspartner**
 Bitte weiter bei Punkt 4. (Seite 3)

2. Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) - Stammdaten

Name/Bezeichnung: _____
 Straße: _____
 Hausnummer: _____
 Postleitzahl: _____
 Ort: _____

2.1. Rolle(n) nach Anlage 1: Rollen der GTeIV idgF für den unter Punkt 2. 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"/> _____

☒ Achtung! Sollten Sie mehr als einen GDA im HEALIX betreuen, ist für jeden weiteren GDA ein separates Formular „HEALIX Ergänzungsblatt für neuen GDA eines IKT Dienstleisters“ auszufüllen und an die Beitrittstelle zu übermitteln.

☒ Bitte weiter bei Punkt 5. (Seite 4)

3. Informations- und Kommunikations (IKT) Dienstleister - Stammdaten

Name/Bezeichnung: _____

Straße: _____

Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

⊗ Achtung! Für jeden Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) des unter Punkt 3. angeführten Dienstleisters ist ein separates Formular „HEALIX Ergänzungsblatt für neuen GDA eines IKT Dienstleisters“ auszufüllen und an die Beitrittstelle zu übermitteln.

⊗ Bitte weiter bei Punkt 5. (Seite 4)

4. Partnerorganisation - Stammdaten

Name/Bezeichnung: _____

Straße: _____

Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

4.1. Beschreiben Sie Ihren Zusammenhang mit dem österreichischen Gesundheits- und Sozialwesen und den damit in Verbindung stehenden Gesundheitsdiensteanbietern für Ihre unter Punkt 4. angeführte Partnerorganisation

Bitte um eine textliche Erläuterung.

⊗ Bitte weiter bei Punkt 5. (Seite 4)

5. Organisatorische Ansprechperson beim GDA, IKT Dienstleister oder der Partnerorganisation

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)

5.1. Technische Ansprechperson beim GDA, IKT Dienstleister oder der Partnerorganisation

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)

6. Zeichnungsberechtigter/Bevollmächtigter des GDA, des IKT Dienstleisters oder der Partnerorganisation:

Name: _____
Telefonnummer: _____
Faxnummer: _____
E-Mail: _____

Die aktuellen und letztgültigen Informationen zur Netzdienstleistung e-Health Interexchange (HEALIX), insbesondere die HEALIX Nutzungsbestimmungen idgF und die HEALIX Informationssicherheitsbestimmungen idgF, werden im öffentlichen als auch im nicht-öffentlichen Bereich von <https://www.healix.at> elektronisch publiziert und gelten damit für den Antragsteller, den HEALIX Teilnehmer und den HEALIX Kooperationspartner als veröffentlicht.

Der Antragsteller nimmt die HEALIX Nutzungsbestimmungen idgF und die HEALIX Informationssicherheitsbestimmungen idgF zur Kenntnis und verpflichtet sich zur Einhaltung dieser Bestimmungen gegenüber den anderen HEALIX Teilnehmern und HEALIX Kooperationspartnern.

Der Antragsteller ist einverstanden, dass die Stammdaten der Organisation auf der Webseite von <https://www.healix.at> elektronisch verarbeitet und veröffentlicht werden.

.....
(Ort, Datum, Unterschrift Zeichnungsberechtigter,
Stampiglie des GDA, des IKT Dienstleisters oder der Partnerorganisation)

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