



I-Motion TI-Check

Mit I-Motion in die Telematikinfrastruktur

Praxisstempel

Datum des TI-Checks	
----------------------------	--

Basisdaten der Praxis			
1	Name der Praxis		
2	Vorname des Leistungserbringers (Leiter der Praxis)	4	Betriebsstättennummer (BSNR)
3	Nachname des Leistungserbringers (Leiter der Praxis)	5	Lebenslange Arztnummer (LANR)

Anschrift/Kontaktdaten der Praxis				
6	Straße/Hausnummer		10	Telefon
7	Ort	PLZ	11	Fax
8	Weitere Adressinformationen		12	Mobiltelefon
9	E-Mail			

Ansprechpartner in der Praxis (wenn abweichend vom Praxisinhaber)				
13	Vorname		16	Telefonnummer
14	Nachname		17	Mobiltelefon
15	E-Mail			

Öffnungszeiten der Praxis						
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
18						

Bevorzugte Installationszeit für die Telematikinfrastruktur-Komponenten in der Praxis (Rollout)						
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
19						



Versorgungsbereich (bitte ankreuzen)		Praxisform (bitte ankreuzen)	
20	Hausarzt	24	Einzelpraxis
21	Facharzt	25	Praxisgemeinschaft
22	Psychotherapeut	26	Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis)
23	Zahnarzt	27	Medizinisches Versorgungszentrum

Größe der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (bitte ankreuzen)			
28	<input type="checkbox"/>	BAG mit 2-3 LE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	BAG mit 4-6 LE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	BAG > 7 LE	<input type="checkbox"/>

Betreuung Hardware/Netzwerk				
29	Systembetreuer Hardware/Netzwerk (Name der Firma)		33	Hotline
30	Name Ansprechpartner des Systembetreuers		34	Telefon
31	Adresse		35	Fax
32	E-Mail		36	Mobiltelefon

Angaben zum Primärsystem (PS) der Praxis	
37	Betriebssystem Server (inkl. Versionsstand)
38	Betriebssystem Arbeitsplätze (inkl. Versionsstände)

Angaben zu vorhandenen Telefon- und Datenanschlüssen (Telekommunikation)						
39	Telefonanbieter (optional – bitte angeben, falls bekannt)		47	Typ des (Telefon-)Datenanschlusses		
				Analog	<input type="checkbox"/>	ISDN
40	Internetprovider (optional – bitte angeben, falls bekannt)			DSL		
				DSL < 1Mbit/s	<input type="checkbox"/>	DSL > 1Mbit/s
41	KV-SafeNet-Provider (optional – bitte angeben, falls vorhanden)			VDSL/Kabel		
				VDSL	<input type="checkbox"/>	TV-Kabel
42	Ist der Internetzugang an bestimmten Arbeitsplätzen eingeschränkt?			Mobilfunkanschluss Standard		
				GSM	<input type="checkbox"/>	EDGE
				Mobilfunkanschluss Highspeed		
				UMTS	<input type="checkbox"/>	LTE
43	KV-SafeNet vorhanden?		Drahtloses lokales Netz (WLAN)			
	JA	<input type="checkbox"/>	WLAN			
	NEIN	<input type="checkbox"/>				
44	VPN-Lösungen		48	Sonstiges		
	JA	<input type="checkbox"/>				
	NEIN	<input type="checkbox"/>				
45	Wie kann die Funktionsfähigkeit der VPN-Lösung getestet werden?					
46	Verfügt die Praxis über eine Möglichkeit zur Fernwartung (z. B. TeamViewer, VPN-Lösung)?					



Angaben zum LAN in der Praxis									
49	Ist ein Praxis-LAN vorhanden?							56	Sonstige Angaben
	JA		NEIN						
50	LAN-Typ								
	Ethernet			Geschwindigkeit:					
51	Ist ein Router (Internet/andere Netzzugänge) vorhanden?								
	JA		NEIN		Typ:				
52	Konnte von einem Rechner im Netz der Praxis eine Verbindung ins Internet aufgebaut werden?								
	JA		NEIN		Bemerkung				
53	Ist eine zusätzliche Firewall vorhanden und aktiviert?								
	JA		NEIN		nicht bekannt		Router-Hersteller/-Typ:		
54	Ist ein KV-Safenet-Router vorhanden?								
	JA		NEIN		nicht bekannt		Router-Hersteller/-Typ:		
55	Ist der vorhandene Internet Router VPN Pass Through (IP Sec) fähig?								
	JA		NEIN		nicht bekannt				

Aktive Netzelemente – Server / Router / VPN etc. (nicht vorhandene Komponenten bitte streichen)							
Nr.	Art	PVS-Server	Internet-Router	Switch	Firewall	Proxy	
57	1.	Name					
	2.	Standort/Raum					
	3.	IP-Adresse					
	4.	Subnetzmaske					
	5.	Eingetragenes Gateway					
	6.	Eingetragener DNS-Server					
	7.	LAN-Route(n) gesetzt? - (bitte Screenshot beifügen)					
	8.	Anzahl freier LAN-Anschlüsse					
	9.	Gesamtanzahl Ports	-				
	10.	Sonstige Angaben					



Angaben zu vorhandenen Kartenterminals

58	Anzahl der vorhandenen Kartenterminals		
		Typ = E-Health-BCS-KT	Typ = mobiles KT (nur Geräte der Ausbaustufe 1+)

Liste der vorhandenen Kartenterminals an den Arbeitsplätzen (AP)

	Nr.	PIN/PUK vorhanden (Ja/Nein)?	Hersteller	Modell	Seriennummer	Firmware Version	LAN Port am AP frei?		Stromversorgung über		
59	1						JA	LAN Port			
							NEIN	230V			
	2							JA	LAN Port		
								NEIN	230V		
	3							JA	LAN Port		
								NEIN	230V		
	4							JA	LAN Port		
								NEIN	230V		
	5							JA	LAN Port		
								NEIN	230V		
	6							JA	LAN Port		
								NEIN	230V		
	7							JA	LAN Port		
								NEIN	230V		
Bemerkungen											

Zur Inbetriebnahme der dezentralen Komponenten benötigte zusätzliche Materialien und Tätigkeiten

	Materialien	Anzahl	Arbeitsplatz	Bemerkungen
	60	Steckdosen 230V (3-Fach)		
LAN-Kabel (2, 3, 5, 10 Meter)				
Switch (5 Port)				
Sonstige Materialien		Anzahl	Arbeitsplatz	Bemerkungen



Technische Bestandsaufnahme durchgeführt von				
61	Name	Vorname	Telefon	Servicepartner
62	Allgemeine Bemerkungen zur Bestandsaufnahme			

Hinweis: Bitte stellen Sie sicher, dass zum vereinbarten Installationstermin alle notwendigen Passwörter (z. B. Windows Administrator-Passwort, Router-Zugangsdaten) in der Praxis vorhanden sind und der entsprechende Ansprechpartner zur Verfügung steht. Verzögerungen aufgrund nicht vorhandener Kennwörter oder Zugangsdaten können zum Abbruch der Installation führen.



- Der TI-Check wurde erfolgreich durchgeführt.
- Der TI-Check hat ergeben, dass weitere Anpassungen notwendig sind.
Ihr I-Motion-Servicepartner setzt sich mit Ihnen in Verbindung.

Anpassungen in folgenden Bereichen nötig:

Ort, Datum

Unterschrift Praxisinhaber bzw. Vertreter