

**AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen**  
**Anmeldung zum Erprobungsverfahren**  
**Häusliche Krankenpflege und Pflegeversicherung**

IK: \_\_\_\_\_ Abrechnung: ☐ Selbstabrechner ☐ Abrechnungszentrum

|                                                     |                      |
|-----------------------------------------------------|----------------------|
| Leistungserbringerguppe (AC/TK): (HKP/Pflege) _____ |                      |
| Name des Testpartners:                              | _____                |
| Straße / Postfach:                                  | _____                |
| PLZ / Ort:                                          | _____                |
| Telefon:                                            | _____ Telefax: _____ |
| E-Mail Adresse:                                     | _____ @ _____        |
| Ansprechpartner:                                    | _____                |

**Übermittlungsmedium:**

- ☐ Email
- ☐ CD-Rom
- ☐ Diskette 3,5 – 1,44 MB/DOS-Format
- ☐ Diskette 3,5 – 2,88 MB/DOS-Format
- ☐ FTAM
- ☐ andere (Bitte genau bezeichnen)

**Vorgesehene Übertragungstage:**

- ☐ an allen Tagen
- ☐ nur an Werktagen  
(Montag bis Samstag außer Feiertag)
- ☐ nur an Arbeitstagen  
(Montag bis Freitag außer Feiertag)

**Datenfernübertragung**

Benutzerkennung: \_\_\_\_\_ DFÜ-Verbindung bzw. Modemnummer: \_\_\_\_\_

Übertragung von: \_\_\_\_\_ Uhr bis: \_\_\_\_\_ Uhr Testverfahren gültig ab: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Anzahl der Ø abgerechneten Verordnungen/ Fälle pro Monat: \_\_\_\_\_

**Verfahren zur Datenübermittlung mittels DFÜ:**

- FTAM**
- ☐ X.25 Standleitung ☐ X.25 Standleitung
  - ☐ X.25 ISDN ☐ X.25 ISDN
  - ☐ anderes Verfahren (ggf. bitte angeben)

**Verwendeter Zeichensatz:**

- ☐ ASCII 8 – Bit ☐ ASCII 7 – BIT
- ☐ (DIN 66303 DRV8) ☐ (DIN66003 DRV)
- ☐ \_\_\_\_\_
- Abrechnungssoftware: \_\_\_\_\_
- Hersteller: \_\_\_\_\_

**Verwendete Datennetze / Fremdnetze:**

- ☐ über ISDN ☐ über Datex-P ☐ über Netz- Provider ☐ über einen Netzbetreiber ☐ andere
  - ☐ über T-Online
- Name: \_\_\_\_\_

Hiermit verpflichte ich mich zur Datenlieferung gemäß der Anmeldung zum Datenaustausch und virengeprüfter Daten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte ergänzen Sie die mit \_\_\_\_\_ gekennzeichneten Angaben um Ihre persönlichen Daten