

Die Web-Pakete für Ihre Praxis geprüft von der Stiftung Gesundheit

Paket 1: Ihre Fachkunde

- Tragen Sie sich mit bis zu zehn Diagnose- und Therapieschwerpunkten in der Arzt-Auskunft ein – dort wo Patienten spezialisierte Ärzte suchen. Wählen Sie Ihre Schwerpunkte (Spezialisierungen, Fortbildungen, IGeL), mit denen Sie sich im Gesundheitsmarkt positionieren.
- Laden Sie im Teilnehmerbereich der Arzt-Auskunft bis zu drei Fotos Ihrer Wahl hoch – zum Beispiel Ihr Portrait, das Praxisteam, Ihr Logo oder Ihre Praxisräume.

45,- Euro pro Monat
zzgl. ges. MwSt.



Paket 2: Ihr guter Name

Enthält Paket 1 plus

- Homepage-Zertifizierung: Unser Justitiar prüft Ihre Homepage auf Rechtssicherheit. Unsere Redaktion prüft auf Verständlichkeit für Patienten. Bei Bedarf erhalten Sie Empfehlungen zur Optimierung. Ist Ihre Website korrekt, zeichnet die Stiftung Gesundheit sie als „Trusted Homepage“ aus und nimmt sie in ihr Spezialverzeichnis der geprüften Praxishomepages auf.
- Spümmase: Was schreiben Patienten über Sie im Internet? Wir wachen über Ihren guten Namen und kontrollieren die fünf führenden Arztbewertungsportale. Sie erfahren, wenn etwas Negatives über Sie oder über Ihre Praxis eingetragen wurde.

190,- Euro pro Monat
zzgl. ges. MwSt.



Paket 3: Ihr eigener Imagefilm

Enthält die Pakete 1 und 2 plus

Film ab: Sie und Ihr Praxisteam spielen die Hauptrolle in Ihrem eigenen Imagefilm. Sie präsentieren Ihren Patienten Ihre Philosophie und Ihre speziellen Leistungen. Ein Hingucker besonders für neue Patienten – auf Ihrer Homepage wie auch in der Arzt-Auskunft, über die Sie gefunden werden.

395,- Euro pro Monat
zzgl. ges. MwSt.



Mehr zu allen Paketen im Internet unter www.arzt-auskunft.de/pakete
Darüber hinaus können Sie die Pakete auch aufschneiden, um einzelne Leistungen zu buchen.

Teilnahmebogen

Stiftung Gesundheit
Behringstraße 28 a
22765 Hamburg

Fax: 040 / 80 90 87 – 555

Arztnummer (LANR): _____

Betriebsstättennummer: _____

Kostenloser Grundeintrag (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel _____ Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____ E-Mail 2 _____

Fax _____ Homepage _____ Homepage 2 _____

Facharztbezeichnung _____

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Privatpatienten | <input type="checkbox"/> Kassenpatienten | <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Belegarzt |
| <input type="checkbox"/> Praxisklinik | <input type="checkbox"/> mit Zweigpraxis _____ | <input type="checkbox"/> im MVZ | |
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis _____ | <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft _____ | | |
| <input type="checkbox"/> ebenerdig oder Aufzug | <input type="checkbox"/> Praxis rollstuhlgerecht | <input type="checkbox"/> Parkplätze vorhanden | <input type="checkbox"/> Hausbesuche |
| <input type="checkbox"/> Arzt in Klinik: _____ | Abt. _____ | Funktion _____ | |
| <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement-System _____ | | <input type="checkbox"/> zertifiziert | |

Weitere Angaben zur **Lage** (Stadtteil, Zentrum) und **Erreichbarkeit** der Praxis (öffentliche Verkehrsmittel) sowie zu den **Sprechzeiten** habe ich separat beigefügt.

Ich stehe für **Journalisten-Kontakte** zur Verfügung, wenn sachliche Informationen (zum Beispiel für Interviews) gesucht werden.

Die Web-Pakete für Ihre Praxis

Paket 1 – **Euro 45,-** pro Monat Paket 2 – **Euro 190,-** pro Monat Paket 3 – **Euro 395,-** pro Monat

alle Preise zuzüglich gesetzlicher Mehrwertsteuer

Bitte kreuzen Sie an, für welches Paket gem. Seite 3 Sie sich entscheiden.

Ihre Schwerpunkte:

- | | | |
|---------|---------|---------|
| • _____ | • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ | • _____ |

Ihre Fotos:

Den Log-in für den geschlossenen Bereich der Arzt-Auskunft erhalten Sie mit unserem Bestätigungsschreiben für Ihre Anmeldung. Dort können Sie direkt die Fotos hochladen.

Ihre URL:

Bitte geben Sie hier die Adresse Ihrer Homepage ein, die zertifiziert werden soll:

www. _____

Zahlungsweise: Rechnungsstellung

Abbuchung von folgendem Konto:

Bank _____ BLZ _____

Konto-Nr. _____

Feld für Praxisstempel



Die Arzt-Auskunft wird getragen und unterstützt von der gemeinnützigen Fördergemeinschaft der Stiftung Gesundheit. Die Gebühren werden erst mit dem Erbringen der Leistung erhoben. Die Adressangaben werden unter Kontrolle der Stiftung Gesundheit gespeichert und öffentlich zugänglich gemacht. Die verwaltungsbezogenen Angaben (KtoNr. usw.) werden nicht weitergegeben. Die Teilnahmebedingungen werden auf Anfrage zugesandt, sofern sie nicht vorliegen. Sie können sie auch downloaden unter www.arzt-auskunft.de/agb

Datum

Unterschrift