

**DEUTSCHER INTERDISZIPLINÄRER ARBEITSKREIS
LIPPEN-KIEFER-GAUMENSPALTEN/KRANIOFAZIALE ANOMALIEN
GERMAN CLEFT PALATE CRANIOFACIAL ASSOCIATION (GCPA)**

der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie
der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie
der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie u. Pädaudiologie
der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- u. Halschirurgie



**Antrag auf Nutzung der Software
zur Minimaldokumentation**

(bitte in Druckschrift schreiben)

**1. Name, Anschrift und zentrale E-Mail-Adresse des
Zentrums für die Behandlung von Patienten mit
oro- und kraniofazialen Fehlbildungen**

Institution: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

2. Name und Anschrift der Dokumentations-Verantwortlichen

Verantwortlicher

Stellvertreter

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Titel: _____

Fachrichtung: _____

Fachrichtung: _____

Straße: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ / _____

Telefon: _____ / _____

Fax: _____ / _____

Fax: _____ / _____

Datum / Unterschrift

Datum / Unterschrift

**DEUTSCHER INTERDISZIPLINÄRER ARBEITSKREIS
LIPPEN-KIEFER-GAUMENSPALTEN/KRANIOFAZIALE ANOMALIEN
GERMAN CLEFT PALATE CRANIOFACIAL ASSOCIATION (GCPA)**

der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie
der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie
der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie u. Pädaudiologie
der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- u. Halschirurgie



**Antrag auf Nutzung der Software
zur Minimaldokumentation**

3. Teilnehmende Institutionen/Abteilungen/Praxen des Zentrums

KFO

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
E-Mail: _____

MKG

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
E-Mail: _____

HNO

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
E-Mail: _____

Phoniatrie/Sprachtherapie

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
E-Mail: _____

**DEUTSCHER INTERDISZIPLINÄRER ARBEITSKREIS
LIPPEN-KIEFER-GAUMENSPALTEN/KRANIOFAZIALE ANOMALIEN
GERMAN CLEFT PALATE CRANIOFACIAL ASSOCIATION (GCPA)**

der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie
der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie
der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie u. Pädaudiologie
der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- u. Halschirurgie



**Antrag auf Nutzung der Software
zur Minimaldokumentation**

4. Nutzerrechte und -bedingungen

Die Software zur Minimaldokumentation wird jedem **Zentrum** für die Behandlung von Patienten mit oro- und kraniofazialen Fehlbildungen des Arbeitskreises Lippen-Kiefer-Gaumenspalten/Kraniofaziale Anomalien kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Die zentrale Vergabe der Software erfolgt ab dem 03.10.2009.

Die uneingeschränkte Nutzung der Software einschließlich der damit verbundenen Serviceleistungen ist jedoch nicht zuletzt aus datenschutzrechtlichen Gründen an folgende Bedingungen geknüpft:

- Jeder **Nutzer muss Mitglied** des Arbeitskreises sein. Eine **erneute** Registrierung ist auch bei bereits bestehender Mitgliedschaft **zwingend**. (Link Aufnahmeantrag)
- Jeder **Nutzer muss Mitarbeiter eines Zentrums** für die Behandlung von Patienten mit oro- und kraniofazialen Fehlbildungen sein.
- Jedes **Zentrum muss bei der Nutzerverwaltung registriert** sein. (Link Registrierung)
- Jedes Zentrum **muss** einen für die Dokumentation **Verantwortlichen und dessen Stellvertreter benennen**.
- Jedes Zentrum **muss** die verantwortlichen **Mitarbeiter der beteiligten Abteilungen benennen**.
- Jedes Zentrum **muss** über eine **zentrale E-Mail-Adresse** erreichbar sein.
 - Jedem Zentrum wird nach Registrierung über einen Zugangscode der Download ermöglicht.
 - In der **Phase I** (ab 03.10.2009) kann die Software auf einem Server (Intranet) installiert und für die lokale Speicherung von Text und Bilddaten genutzt werden. Alle Daten können mit Mitarbeitern **innerhalb** eines Zentrums ausgetauscht werden.
 - In der **Phase II** (1. Quartal 2010) erfolgt die Übertragung der Daten. Online-Recherchen werden dann möglich sein.

Bitte senden Sie alle Anträge per FAX an die Nummer 0221 478 3831.

Nutzerverwaltung:
Prof. Dr. Bert Braumann
Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie
Universität zu Köln Kerpener Str. 32
50931 Köln
E-Mail: nutzerverwaltung@ak-lkg.de