

Kartleggings skjema tilknytning av kommune til helsenettet

(* **MÅ fylles ut**) skjemaet sendes til post@nhn.no - ønskes skjemaet i wordformat, kontakt oss på 02017

1 - Generelle kommuneopplysninger			
* Navn på kommune		* Organisasjonsnummer:	
* Besøksadresse, (evt oppgang, etg)		* Postnr.:	* Poststed:
Postadresse (* hvis forskjellig fra besøksadresse)		Postnr.:	Poststed:
*Fakturaadresse (* hvis forskjellig fra postadresse):		Postnr.:	Poststed:
*Leveringsadresse for utstyr (* hvis forskjellig fra postadresse):		Postnr.:	Poststed:
* Telefon	Telefaks:	E-post:	
* Kontaktperson hos kommunen (<i>administrativ</i>)		* Direkte tlf. / mob:	*E-post:
Sikkerhetskontakt (* <i>hvis forskjellig fra kontaktperson</i>):		Direkte tlf. / mob:	E-post:
Teknisk kontakt (* <i>hvis forskjellig fra kontaktperson</i>):		Direkte tlf. / mob:	E-post:
2 - Tekniske avklaringer			
Benyttes Kluster brannmur			
Benyttes Port forwarding			
Ønsket domenenavn (ved evt. bestilling av tjenesten web/e-post flex): (ta høyde for om underliggende helseenheter ønsker annet domenenavn)			

3 - Tilknytningsform – velg a, b eller c

– ved valg av b eller c – send teknisk skisse som viser termineringspunkt og plassering av servere som skal kommunisere i helsenettet.

a) Direktetilnknytning

* Gateadresse for terminering av samband	* Nr.	* Etasje	* Rom
* Eksisterer ikke gateadresse må gnr/ bnr oppgis: Dette pga at linjeleverandør trenger enten gateadresse eller gnr/ bnr som inngangsverdi for å søke opp tilkoplingsmulighetene mellom sentral og bygning.			* Gnr/ bnr:

b) Felles knutepunkt (lag 2 eller lag 3)

Interkommunalt samarbeid – Må ha/få teknisk avtale og grensesnittdokument med Norsk Helsenett

*Navn på kommune-samarbeidet	Orgnummer	* Adresse	* Postnr / Sted
* Telefon	Telefaks:	E-post:	
* Gateadresse for påkoblingspunkt:	* Nr.	* Etage	* Rom
* Eksisterer ikke gateadresse må gnr / bnr oppgis. Dette pga bestilling av samband.			* Gnr/ bnr:
* Kontaktperson hos samarbeidsnett (<i>administrativ</i>)	* Direkte tlf. / mob:	E-post:	
* Teknisk kontaktperson hos samarbeidsnett	* Direkte tlf. / mob:	E-post :	
Supporttelefon	E-postadresse til support		

c) Felles sikker sone og felles serverdrift

For kommuner som har organisert seg med en felles sikker sone og felles server med flere kommuner.

* kommune hvor server er plassert	Orgnummer:	* Adresse:	* Postnr / Sted:
* Telefon	Telefaks:	E-post:	
* Gateadresse for tilknytningspunkt:	* Nr.	* Etasje	* Rom

* Eksisterer ikke gateadresse må gnr / bnr oppgis. Dette pga bestilling av samband.		* Gnr/bnr:
* Kontaktperson hos "kommunen" (administrativ)	* Direkte tlf. / mob:	E-post:
* Teknisk kontaktperson hos "kommunen"	* Direkte tlf. / mob:	E-post :

4 - Tilkopling av ruter og nettverk

* Norsk Helsenett konfigurerer ruter / brannmur og oversender denne installasjonsklar til kommunen. Mot et pristillegg kan Norsk Helsenett besørge installasjonen.

Kommunens eget personell utfører installasjonen
 Kommunen ønsker tilbud på installasjon fra Norsk Helsenett

5 – Helseenheter som ønsker å kommunisere via kommunalt nettverk

* Navn på helseenheter

* Besøksadresse, (evt oppgang, etg)

* Postnr.:

* Poststed:

Postadresse (hvis forskjellig besøksadresse)

Postnr.:

Poststed:

* Telefon (Ikke kø-nr)

Telefaks:

* Kommune:

* Kontaktperson hos helseenheten

* Direkte tlf. nr.:

E-post (hvis tilgjengelig):

* Hvilket journalsystem benyttes?

- Winmed
 System X
 Infodoc
 Visma Unique (Profil, Habildata, HsPro og Bupdata)
 Respons AS (Gerica)
 Acos (CosDoc)
 Annet; Spesifiser:

Hvilken EDI-løsning benyttes?

- Journal Pluss
 Medilink
 InfoEDI
 Uuique Link
 CosDoc
 Har ingen EDI-løsning
 Annet; Spesifiser:

Dersom flere helseenheter ønskes registrert meld inn dette på eget ark som legges ved eller som ettersendes.

**6 – Tjenester – for informasjon om våre tjenester – se
www.nhn.no/tjenester**

Vi ønsker tilsendt et uforpliktende tilbud og Avtale for eventuell signering for tilknytning til Norsk Helsenett på bakgrunn dette kartleggingskjemaet.

Sted _____ Dato _____

Sign _____

Navn med blokkbokstaver _____

Rolle _____