

Endring av tjenesten NHN-Hjemmekontor

Skjemaet gjelder for kunder som skal endre tjenesten fra gammel til ny løsning og for kunder som skal endre tjenesten fra SMO til kommune eller fra kommune til SMO.

(Alle felter merket * MÅ fylles ut med **BLOKKBOKSTAVER** – også registreringstabellen på side 2)

Generelle kundeopplysninger			
* Foretaksnavn fra Brønnøysundregisteret/Enhetsregisteret		* Organisasjonsnummer	
* Alias (annet navn på kunden)			
* Besøksadresse		* Postnr.	* Poststed
Postadresse (hvis forskjellig fra besøksadresse)		Postnr.	Poststed
* Telefon (Ikke kø-nummer)	Telefaks	* Kommune	
* Kontaktperson hos kunden		* Direkte tlf.nr.	E-post (hvis tilgjengelig)

Tekniske opplysninger		
*Er foretaket tilknyttet via kommunalt nett?		
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
*Hvis ja, Oppgi deres IT-kontakt i kommunen (navn, e-post og tlf)		
* IT-Kontakt i kommunen	* Direkte tlf. nr.:	E-post:

* Hvilken endring ønskes gjennomført (sett kryss)	
Fra gammel til ny versjon av tjenesten NHN-Hjemmekontor (gjelder for kunder som har gammel versjon av NHN-Hjemmekontor og som skal over på ny versjon lansert 14. Desember 2009)	<input type="checkbox"/>
Fra direkteilknytning SMO til kommunalt nett (gjelder for SMO-enheter som skal kommunisere via sin kommune i helsenettet)	<input type="checkbox"/>
Fra kommunalt nett til direkteilknytning SMO (gjelder for SMO-enheter som skal kommunisere direkte i helsenettet)	<input type="checkbox"/>

Bekreftelser

*Er risikovurdering ihht Datatilsynets gjeldende regler gjennomført?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
NB! Sikkerhet i kundens eget nettverk er kundens ansvar. Før man tar i bruk nye tjenester så skal denne risikovurderes.	
*Er det etablert antivirus- og brannmursikring på PC som skal benyttes til hjemmekontor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
*Er det etablert passordbeskyttet skjermsparer for låsing av PC	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Passordbeskyttet skjermsparer skal aktiveres når arbeidsplassen forlates, og skal automatisk aktiveres etter minimum 10 minutter.	
Det vises for øvrig til anbefalinger og krav i Faktaark 29	
*Bestiller bekrefter at han/hun har lest dokumentet "Ditt ansvar for sikkerhet"	<input type="checkbox"/> Ja
Bestiller har ansvar for at brukere i organisasjonen som skal benytte tjenesten leser de samme krav/forutsetninger	<input type="checkbox"/> Nei

Merk: Endringen gjelder for alle brukerne ved virksomheten.

Sted: _____ Dato: _____

Daglig leder / adm. ansvarlig (**BLOKKBOKSTAV**ER og signatur)

MERK: Ufullstendige/uleselige skjema vil bli returnert avsender

Skjemaet sendes i posten, i telefaks, eller som scannet vedlegg til e-post, til:

Norsk Helsenett SF 7465 Trondheim	Telefon: 02017 www.nhn.no	Telefaks: 73 93 14 80 E-post: kundesenter@nhn.no
--------------------------------------	--	---