

**Bitte nach Möglichkeit an die Telefax-Nummer +49 341 25920-22 zurücksenden**  
(bei Versendung per Telefax ist eine Rücksendung per Post nicht notwendig)

IQVIA Health System Services GmbH  
Abteilung DMP  
Postfach 50 05 55  
04305 Leipzig

**Antrag zur Erfassung von DMP-Daten im Online-Verfahren**  
**<https://DMPonline.inter-forum.de/>**

|  |                 |
|--|-----------------|
| Nachname:                                      | Vorname:        |
| Institution:                                   |                 |
| Lebenslange Arztnummer:                        |                 |
| Betriebsstättennummer/Institutionskennzeichen: |                 |
| Anschrift:                                     |                 |
| Telefon:                                       | E-Mail-Adresse: |

Hiermit beantrage ich den Zugang zur DMPonline-Datenerfassung auf dem Server der DMP-Datenstelle IQVIA Health System Services GmbH (nachfolgend DMP-Datenstelle genannt). Der Vertragsschluss erfolgt durch Übermittlung eines Zugangscode durch die DMP-Datenstelle, der unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen nur durch mich oder durch mich persönlich beauftragte Mitarbeiter eingesetzt wird.

Ist mir eine missbräuchliche Nutzung meiner Zugangsdaten bekannt geworden, melde ich dies unverzüglich der DMP-Datenstelle. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei auftretenden Sicherheitsproblemen der Zugang durch die DMP-Datenstelle deaktiviert und das Vertragsverhältnis bezüglich der DMPonline-Datenerfassung von DMP-Daten ausgesetzt oder beendet werden kann.

Mir ist bekannt, dass es nach dem heutigen Stand der Technik nicht möglich ist, Computersoftware vollständig fehlerfrei zu erstellen.

Aus diesem Grund schließt die DMP-Datenstelle eine mögliche Haftung für Fehler aus der Erfassung und Plausibilitätsprüfung aus. Dies gilt auch für Datenverluste und Folgeschäden. Wartungsarbeiten können zu einer temporären Nichtverfügbarkeit der DMPonline-Datenerfassung führen.

Ich akzeptiere vorstehende Vertragsbedingungen uneingeschränkt.

Datum

Unterschrift und Arztstempel