|  |
| --- |
| **Steigerung und Weiterentwicklung des digitalen Reifegrades des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland** **Inhaltliche Begründung zum Antrag auf Gewährung eines Zuschusses** **für ein Kooperationsprojekt IT-Zielarchitektur** |

***Hinweis****: Es ist Aufgabe des Landes die Informationen der Gesundheitsämter mit denen des Landes in* ***einer*** *inhaltlichen Begründung zusammenzuführen und im Zuge der Antragsstellung gebündelt an den Projektträger zu übermitteln. Hierfür ist eine Koordination der Antragstellung durch das Land erforderlich.*

1. **Administrative Projektinformationen zum Kooperationsprojekt** *(vom Bundesland auszufüllen)***:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titel des Kooperationsvorhabens:** |  | **Akronym:** |  |
| **Antragstellendes Land:** |  | **Ansprechperson**: |  |
| **Antragstellendes Gesundheitsamt 1:** |  | **Ansprechperson**: |  |
| **Antragstellendes Gesundheitsamt 2:**  |  | **Ansprechperson**: |  |
| **Projektlaufzeit** *(bitte nicht ändern)* | 24 Monate ab 1. September 2024  |
| **Beantragter Gesamtbetrag** |  |

1. **Angaben vom antragstellenden Bundesland**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Informationen zum antragstellenden Land** (alle Felder sind auszufüllen) |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* |
| Straße, Hausnummer | *\*Pflichtfeld* |
| Postleitzahl | *\*Pflichtfeld* |
| Ort | *\*Pflichtfeld* |
| Bundesland | *\*Pflichtfeld* |
| **Gesamtprojektleitung/Ansprechperson** **(Vorname Name)** | *\*Pflichtfeld* |
| Beantragter Pauschalbetrag  | *\*Pflichtfeld* |
| Telefonnummer | *\*Pflichtfeld* |
| E-Mail  | *\*Pflichtfeld* |

Tabelle 1

1. Vernetzungsaktivitäten des Landes *(siehe Ausfüllhilfe)*
2. Erklärungen des Landes *(siehe Ausfüllhilfe)*

Das koordinierende Land *NAME* erklärt sich bereit,

[ ]  in diesem Kooperationsprojekt mit den Gesundheitsämtern/ dem Gesundheitsamt in Form eines Verbundvorhabens zusammenzuarbeiten.

[ ]  mit dem RKI und deren Entwicklungspartner der IT-Zielarchitektur zusammenzuarbeiten.

Erläuterungen:

1. **Angaben der antragstellenden Gesundheitsämter**

**Administrative Projektinformationen des Gesundheitsamtes** *(vom Gesundheitsamt auszufüllen)***:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Informationen zum antragstellenden Gesundheitsamt 1** (alle Felder sind auszufüllen) |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* |
| Straße, Hausnummer | *\*Pflichtfeld* |
| Postleitzahl | *\*Pflichtfeld* |
| Ort | *\*Pflichtfeld* |
| Bundesland | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung/Ansprechperson (Vorname Name)** | *\*Pflichtfeld* |
| Beantragter Pauschalbetrag | *\*Pflichtfeld* |
| Telefonnummer | *\*Pflichtfeld* |
| E-Mail  | *\*Pflichtfeld* |

Tabelle 2

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Informationen zum antragstellenden Gesundheitsamt 2** (alle Felder sind auszufüllen) |
| **Name der Einrichtung** | *\*Pflichtfeld* |
| Straße, Hausnummer | *\*Pflichtfeld* |
| Postleitzahl | *\*Pflichtfeld* |
| Ort | *\*Pflichtfeld* |
| Bundesland | *\*Pflichtfeld* |
| **Projektleitung/Ansprechperson (Vorname Name)** | *\*Pflichtfeld* |
| Beantragter Pauschalbetrag | *\*Pflichtfeld* |
| Telefonnummer | *\*Pflichtfeld* |
| E-Mail  | *\*Pflichtfeld* |

Tabelle 3

1. Angaben der ausgewählten Gesundheitsämter
	1. Darstellung bereits laufender Digitalisierungsprojekte im Förderprogramm *(siehe Ausfüllhilfe)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ausgewähltes Gesundheitsamt 1(**Reihenfolge frei wählbar) | **Projekttitel** | **Projektnummer** | **Hauptsächlich adressierte Reifegrad-Dimensionen** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ausgewähltes** **Gesundheitsamt 2(**Reihenfolge frei wählbar) | **Projekttitel** | **Projektnummer** | **Hauptsächlich adressierte Reifegrad-Dimensionen** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. Darstellung der durch die Gesundheitsämter genutzten IfSG-Fachanwendungen *(siehe Ausfüllhilfe)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gesundheitsamt 1** | **IfSG-Fachanwendung** | **Erläuterung** *(Optional)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gesundheitsamt 2** | **IfSG-Fachanwendung** | **Erläuterung** *(Optional)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Informationen zum Einzugsgebiet der Gesundheitsämter *(siehe Ausfüllhilfe)*
1. Vorgesehene Mitarbeitende der Gesundheitsämter im Kooperationsprojekt *(siehe Ausfüllhilfe)*

**Gesundheitsamt 1:** *Name*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des Mitarbeitenden |  |  |
| Tätigkeiten im Gesundheitsamt |  |  |
| * Dauer in Jahren
 |  |  |
| * Aktuelle Tätigkeit
 |  |  |
| * Erfahrungen mit IfSG-Fachanwendungen und Prozessen,
 |  |  |
| Optional: weitere Erfahrungen und Kompetenzen:  |  |  |

**Gesundheitsamt 2:** *Name*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des Mitarbeitenden |  |  |
| Tätigkeiten im Gesundheitsamt |  |  |
| * Dauer in Jahren
 |  |  |
| * Aktuelle Tätigkeit
 |  |  |
| * Erfahrungen mit IfSG-Fachanwendungen und Prozessen,
 |  |  |
| Optional: weitere Erfahrungen und Kompetenzen:  |  |  |

1. Erklärungen der Gesundheitsämter (*siehe Ausfüllhilfe)*

Das Gesundheitsamt 1 *NAME* erklärt sich bereit,

[ ]  in diesem Kooperationsprojekt mit dem Land und dem anderen Gesundheitsamt in Form eines Verbundvorhabens zusammenzuarbeiten.

[ ]  sich mit weiteren Gesundheitsämtern zu vernetzen, um über die Erfahrungen als Pilot-Gesundheitsämter zu berichten.

[ ]  mit dem RKI und deren Entwicklungspartner der IT-Zielarchitektur zusammenzuarbeiten.

Erläuterungen des Sachverhalts, sofern ein Kästchen nicht angekreuzt wurde:

[ ]  Die Nutzung von Agora für Vernetzungsaktivitäten ist möglich.

Falls keine Nutzung möglich ist, kurze Erläuterung der Gründe:

Das Gesundheitsamt 2 *NAME* erklärt sich bereit,

[ ]  in diesem Kooperationsprojekt mit dem Land und dem anderen Gesundheitsamt in Form eines Verbundvorhabens zusammenzuarbeiten.

[ ] sich mit weiteren Gesundheitsämtern zu vernetzen, um über die Erfahrungen als Pilot-Gesundheitsämter zu berichten.

[ ]  mit dem RKI und deren Entwicklungspartner der IT-Zielarchitektur zusammenzuarbeiten.

Erläuterungen des Sachverhalts, sofern ein Kästchen nicht angekreuzt wurde:

[ ]  Die Nutzung von Agora für Vernetzungsaktivitäten ist möglich.

Falls keine Nutzung möglich ist, kurze Erläuterung der Gründe:

1. **Optional: Anlagen** *(siehe Ausfüllhilfe)*

Anlage(n) Land:

Anlage(n) Gesundheitsamt 1 *NAME:*

Anlage(n) Gesundheitsamt 2 *NAME:*