

**Selbstauskunft des Herstellers**

\* Antwort erforderlich

1. Name der App

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

2. Auftraggeber\*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3. Wissenschaftliche/medizinische Leitung\*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

4. Version

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Allgemeines Ziel der App / Produktbeschreibung**

5. Produktkategorie\*

Allgemeines Ziel der App / Produktbeschreibung (Mehrfachauswahl)

Prävention

Diagnostik

Versorgung

Forschung

Therapieadhärenz

Schulung

Weitere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

6. Geschäftsmodell (Mehrfachauswahl)\*

Werbung

Abo

Download-Gebühren

Sponsoring durch bspw. Medizintechnik- oder Pharmaunternehmen

kostenfrei

7. Zielgruppe (Mehrfachauswahl)\*

Patient / Patientin / Bürger / Bürgerinnen

(pflegender) Angehöriger / (pflegende) Angehörige

Arzt / Ärztin

Therapeut / Therapeutin

Weitere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

8. Kosten der App (Basisversion/Vollversion)\*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

9. Kostenübernahme durch Krankenkasse (Einzelauswahl)\*

ja nein

10. Werden Updates durchgeführt? (Einzelauswahl)\*

ja nein

Weitere Angaben: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben optional

11. Wann wurde das letzte Update durchgeführt?\*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

12. Support zu den üblichen Bürozeiten vorhanden? (Einzelauswahl)\*

ja nein

falls ja: Was beinhaltet der Support?\* (z.B. technische und inhaltliche Probleme bzw. Anmerkungen)  
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

13. Wie ist der Support erreichbar (Mehrfachauswahl)\*

Email

telefonisch

Chat

WhatsApp

Andere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

14. Ist der Support kostenfrei?\*

ja nein

Wenn nein, welche Kosten entstehen?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

15 Ist in der App Werbung enthalten\*

die App ist werbefrei

die App enthält Werbung

gewerbliche Vermarktung der Daten

Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

16. Warum ist die App innovativ? Besondere neue Ansätze?   
Was zeichnet das Produkt aus? \*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

17. App Store- / Play Store- Beschreibung (Bitte Kopie einfügen)\*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

18. Bitte geben Sie die Links für den Download an (IOS & Android)\*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

19. Medizinprodukteinstufung (Mehrfachauswahl)\*

nein, eine Einstufung

ja, als

MP Klassifikation: I

MP Klassifikation: IIa

MP Klassifikation: IIb

MP Klassifikation: III

Andere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

20. Wenn vorhanden, bitte das CE Zertifikat einfügen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

21. ISO Zertifikat für medizinische Software vorhanden? (Einzelauswahl)

ja nein

Andere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben optional

22. Hilfsmittelnummer im GKV Hilfsmittelverzeichnis

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

23. In welchen Sprachen ist die App verfügbar?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

24. Sind Versionsinformationen vorhanden?\*

ja nein

Falls ja, welche: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

25. Bitte geben Sie die Nutzungsbedingungen der App an

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

26. Welche Maßnahmen zur Barrierefreiheit wurden durchgeführt?\*   
(Programmierung nach den Android, Microsoft und Apple Standards?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

27. Angaben zum Hersteller, Qualifikation\*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Medizinische Aspekte**

28. Medizinisches Ziel der App (Einzelauswahl)\*

nicht definiert

definiert; wenn definiert bitte erläutern:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

29. Hilfe bei... (Mehrfachauswahl)

Prävention

Diagnostik

medikamentöser Therapie

nichtmedikamentöser Therapie

(Maßnahmen: Bewegung, Schulung, Atemphysiotherapie, Ernährung)

Langzeitsauerstofftherapie

nichtinvasiver Beatmung

Rehabilitation / Nachsorge

Selbsthilfe / Vernetzung mit anderen Betroffenen

Andere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

30. Bietet die App Hilfe für Notfallsituationen? (Mehrfachauswahl)

nein

ja, Notfall erkennen

ja, Notfallplan

Andere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

31. Enthält die App Schulungsmodule?

ja nein

wenn ja, welche: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben

32. Welche Parameter werden dokumentiert?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

33. Ist die APP DMP unterstützend? (Einzelauswahl)

ja nein

Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben optional

34. Gibt es Studien zu der APP?

ja nein

35. wenn ja, welche Studien gibt es:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben

Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Interaktion**

36. Interaktion mit den APP-Nutzern/ Nutzerinnen und Interaktionsmöglichkeiten   
für die APP- Nutzer/ Nutzerinnen (Mehrfachauswahl)

Hilfefunktionen

Nutzerfeedback

Erinnerungsfunktion

Video & Audioinhalte

Motivation / Spiele

Graphische Darstellung

weitere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Datenmanagement**

37. Datenmanagement: Art der Daten

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

38. Datenaustausch und Datenübertragung: Mit wem? (Mehrfachauswahl)\*

Personen

Institution

lokal

Deutschland

EU

www

Kommunikation mit anderen Gräten

App als Front-End

weitere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

39. Cloud Speicherung (Mehrfachauswahl)\*

verschlüsselt

unverschlüsselt

lokal

Nutzerentscheid z.B. Dropbox / Cloud

andere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

40. Ist die APP offline nutzbar? (Einzelauswahl)\*  
ja, lokale Speicherung

nein, online Speicherung

Andere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

41. Werden die Daten gesichert? (Einzelauswahl)\*

ja nein

42. Werden Werte berechnet? (Einzelauswahl) \*

ja nein

falls ja, welche: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

43. Gibt es über die App hinaus ein Informationsangebot   
(z.B. Video, Website, etc.)? (Einzelauswahl)

ja nein

falls ja, welche: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

44. Welche Benutzer bezogene Daten werden erhoben: (Mehrfachauswahl)\*

Name

Email

Pseudonym

persönliche Angaben

medizinische Daten: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

weitere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

45. Wechsel zwischen IOS und Android möglich? (Einzelauswah)\*

ja nein

weitere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

46. Systemvoraussetzung auch für die Funktionen wie Datenübertragung \*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

47. Transparenz der APP-Anwendung (Mehrfachauswahl)\*

Kontaktdaten des Herstellers sind genannt

Finanzierungsangaben sind genannt (Nutzer, Sponsoren, Industrie, Staat)

Datenschutzangaben sind genannt

Autoren werden genannt

Impressum ist vollständig vorhanden

Ethikvotum vorhanden: Ja, im Rahmen einer Studie

Ethikvotum vorhanden: Ja, außerhalb einer Studie

Transparenz im Umgang mit Nutzern / Nutzerinnen ist vorhanden

Qualitätsmanagement ist in der Firma vorhanden

weitere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

49. Welche Referenzen sind vorhanden?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Datum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.