

# Kostengutsprache - Antwort Formular

## KVG/UVG/MVG/IVG/VVG 15.6.2005 / smf

General

K<sub>G</sub>

Legende:  
 Z = zwingend  
 A = Alternativ  
 E = Sehr erwünscht  
 L = Weglassen  
 V=Vertrag  
 F = Fakultativ  
 S = Sinnvoll  
 F = Fakultativ  
 RV = Rahmenvertrag

Basis = Version 4.0 Forum Datenaustausch

## Elemente

KVG

UVG/MVG/IVG

XML

Allgemeine Informationen zur Anfrage	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Titel und Zweck des Beleges	95	Kostengutsprache - Antwort	Z	Kostengutsprache - Antwort	Z	Via Schema-Definition geregelt	Z
Anfragestyp	113	Paperwork Versicherung	Z	Paperwork Versicherung	Z	Via Schema-Definition geregelt	Z
Eindeutige Referenz des Dokumentes	1		S		S		Z
Antwortart (Akzeptiert / Abgelehnt / Limitierte Deckung / Vorbescheid)	119		Z		Z		Z
Antwortnummer	2		Z		Z		Z
Antwortdatum	3		Z		Z		Z
Version	114	Version Formular	Z	Version Formular	Z	Via Schema-Definition geregelt	Z
Bemerkungen	6		F		F		F

Anfrage	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Anfrage Kosten Therapie	147		F		F		F
Anfrage Kosten Material	149		F		F		F
Anfrage Kosten Medikamente	151		F		F		F
Anfrage Kosten Übriges	153		F		F		F
Anfrage Kosten Total	155		F		F		F
Gutsprache maximal Therapie	182		F		F		F
Gutsprache maximal Therapie prozentual	183		F		F		F
Gutsprache maximal Therapie Freitext	184		F		F		F
Gutsprache maximal Medikamente	185		F		F		F
Gutsprache maximal Medikamente prozentual	186		F		F		F
Gutsprache maximal Medikamente Freitext	187		F		F		F
Gutsprache maximal Material	188		F		F		F
Gutsprache maximal Material prozentual	189		F		F		F
Gutsprache maximal Material Freitext	190		F		F		F
Gutsprache maximal Übriges	191		F		F		F
Gutsprache maximal Übriges prozentual	192		F		F		F
Gutsprache maximal Übriges Freitext	193		F		F		F
Gutsprache maximal Total	194		F		F		F
Gutsprache maximal Total prozentual	195		F		F		F
Gutsprache maximal Total Freitext	196		F		F		F

## Elemente

### KVG

### UVG/MVG/IVG

### XML

Antwortempfänger	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
EAN-Nummer	31		F		F	EAN-Anfragesteller	Z
Adresse des Antwortempfängers	32	Kontaktperson der Anfragesteller	Z	Kontaktperson der Anfragesteller	Z	Kontaktperson der Anfragesteller	Z

Antwortgeber	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Kostenträger	18	Kostenträger	F	Kostenträger	F	Kostenträger	Z
EAN-Nummer	25	EAN-Nummer Kostenträger	Z	EAN-Nummer Kostenträger	Z	EAN-Nummer Kostenträger	Z
Adresse (Name, Vorname, Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort, email) möglichst vollständig	27	Kontaktperson der Kostenträger	Z	Kontaktperson der Kostenträger	Z	Kontaktperson der Kostenträger	Z

Leistungserbringer	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Leistungserbringer	19		Z		Z		Z
EAN-Nummer	28		Z		Z		Z
ZSR-Nummer (UVG/KVG) / NIF (IVG)	29	KVG: ZSR zwingend	Z	IVG: NIF Nummer zwingend	Z	KVG: ZSR zwingend IVG: NIF zwingend	Z
Adresse (Name, Vorname, Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort, email) möglichst vollständig	30		Z		Z		Z
Rolle Leistungserbringertyp (gemäss Liste Forum Datenaustausch)	115	z.B. Physiotherapeut, Ergotherapeut, Labor etc.	Z	z.B. Physiotherapeut, Ergotherapeut, Labor etc.	Z	z.B. Physiotherapeut, Ergotherapeut, Labor etc.	Z
Erbringungsort (gemäss Liste Forum Datenaustausch)	40	z.B. Institut, Arztpraxis, Spital etc.	Z	z.B. Institut, Arztpraxis, Spital etc.	Z	z.B. Institut, Arztpraxis, Spital etc.	Z

Patient	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Patient (Name und Adresse)	35		Z		Z		Z
Geschlecht des Patienten: M oder F	33	Suche Versichertenrnr	Z	Suche Versichertenrnr	Z	Suche Versichertenrnr	Z
Geburtsdatum des Patienten	34		Z		Z		Z
AHV-Nummer	58		L		F		F
Versicherten-Nummer	56		SF		SF		SF

## Elemente

KVG

UVG/MVG/IVG

XML

Antwort	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Antwortcode (Gemäss Liste Forum Datenaustausch)	174		Z		Z		Z
Antwortcodetext oder Freitext	175		Z		Z		Z
Garantie von	176	Entweder Garantoie von / bis oder Dauer	F	Entweder Garantoie von / bis oder Dauer	F	Entweder Garantoie von / bis oder Dauer	F
Garantie bis	177	Entweder Garantoie von / bis oder Dauer	F	Entweder Garantoie von / bis oder Dauer	F	Entweder Garantoie von / bis oder Dauer	F
Garantie ab Beginn (Zeitraum in Tagen)	178	Entweder Garantoie von / bis oder Dauer	F	Entweder Garantoie von / bis oder Dauer	F	Entweder Garantoie von / bis oder Dauer	F
Anfragenummer aus der referenzierten KoGu-Anfrage	106		Z		Z		Z
Datum aus der referenzierten KoGu-Anfrage	107		Z		Z		Z

## Elemente

KVG

UVG/MVG/IVG

XML

Administrativ-Daten	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Gesetz:	54	KVG / VVG	Z	UVG / MVG / IVG / VVG	Z		Z
Behandlungsgrund: Krankheit <u>oder</u> Unfall <u>oder</u> Schwangerschaft <u>oder</u> Geburtsgebrechen oder Prävention	55		Z		Z		Z
Unfallnummer der Versicherung / Verfügungsnummer IV	57	IM KVG nicht anwendbar	L	zwingend falls vorhanden	SF	zwingend falls vorhanden	SF
Unfalldatum / Verfügungsdatum IV	60	IM KVG nicht anwendbar	L	zwingend falls vorhanden	SF	zwingend falls vorhanden	SF
Betriebs-Nr. / Arbeitgebers des Patienten	61	IM KVG nicht anwendbar	L	zwingend falls vorhanden	SF	zwingend falls vorhanden	SF

Freitexte	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Präzisierung / Ergänzung	172		F		F		F
Begründung	173		F		F		F
Kontaktperson	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Name, Adresse Kontaktperson (Telefon/ Fax/ Mail)	145		Z		Z		Z