

Kostengutsprache - Anfrage Formular

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

General

G_K

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 - Anfrage	Z	Kostengutsprache - Anfrage	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
Anfragegrund (Neues Begehren / Wiedererwägung / Verlängerung)	119		Z		Z		Z
Anfragenummer	2		Z		Z		Z
Anfragedatum	3		Z		Z		Z
Wiederholungsdatum	94	In Titel integriert	AZ	In Titel integriert	AZ	Nur bei Wiederholung zwingend	AZ
Wiederholungsnummer	112	In Titel integriert	AZ	In Titel integriert	AZ	Nur bei Wiederholung zwingend	AZ
Version	114	Version Forumlar	Z	Version Forumlar	Z	Via Schema-Definition geregelt	Z
Anfragekopie: Nein <i>oder</i> Ja	5		Z		Z		Z
Bemerkungen	6		F		F		F

Anfrage	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Beginn Behandlung	146		Z		Z		Z
Anzahl Sitzungen	180		F		F		F
Zeitraum	181		Z		Z		Z
Rückfall	129	Ja / Nein	Z	Ja / Nein	Z	Ja / Nein	Z
Anfrage Kosten Therapie	147		F		F		F
Anfrage Kosten Therapie Freitext	148		F		F		F
Anfrage Kosten Material	149		F		F		F
Anfrage Kosten Material Freitext	150		F		F		F
Anfrage Kosten Medikamente	151		F		F		F
Anfrage Kosten Medikamente Freitext	152		F		F		F
Anfrage Kosten Übriges	153		F		F		F
Anfrage Kosten Übriges Freitext	154		F		F		F
Anfrage Kosten Total	155		F		F		F
Anfrage Kosten Total Freitext	156		F		F		F

Elemente

KVG

UVG/MVG/IVG

XML

Anfrageempfänger	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
EAN-Nummer	31	Agentur / Zentrale	F	Agentur / Zentrale	F	Agentur / Zentrale	Z
Adresse des Anfrageempfängers	32	Versicherung	Z	Versicherung	Z		Z

Anfragesteller	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Anfragesteller	18		Z		Z		Z
EAN-Nummer	25		Z		Z		Z
ZSR-Nummer	26		F		F		F
Adresse (Name, Vorname, Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort, email) möglichst vollständig	27		Z		Z		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 Nr. 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
Leistungserbringer Kanton	24		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 <i>oder</i> F	33	Tarifkontrolle / suche Versichertenr	Z	Tarifkontrolle / suche Versichertenr	Z	Tarifkontrolle / suche Versichertenr	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

Zuweisender Arzt	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
EAN-Nummer	23		Z		Z		Z
ZSR-Nummer	37		Z		Z		Z
Adresse	38		Z		Z		Z

Diagnose	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Typ Diagnosekatalog (ICD-10 / DRG)	51	gemäss Vertrag	V	gemäss Vertrag	V	gemäss Vertrag	V
Diagnosecode gemäss Vertrag	52		V		V		V
Diagnosetext	53	Zusätzliche Klartext-Diagnose	V	Zusätzliche Klartext-Diagnose	V	Zusätzliche Klartext-Diagnose	V

Therapie	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Tarif	157		AZ	Falls Tarif existiert	AZ	Falls Tarif existiert	AZ
Tarifiziffern	158		AZ	Falls Tarif existiert	AZ	Falls Tarif existiert	AZ
Freitext zur Behandlung	159		F		F		F

Administrativ-Daten	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Gesetz:	54	KVG	Z	UVG / MVG / IVG	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. / Arbeitgeberadresse des Patienten	61	IM KVG nicht anwendbar	L	zwingend falls vorhanden	SF	zwingend falls vorhanden (nur UVG)	SF

Freitexte	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Funktionsdefizit	142		F		F		F
Begleiterkrankungen	143		F		F		F
Behandlungsziel (messbare Angaben)	144		F		F		F

Kontaktperson	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Name, Adresse Kontaktperson (Telefon/ Fax/ Mail)	145		Z		Z		Z