

Kostengutsprache - Anfrage Formular

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

Spital

H_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
Typ der Anfrage (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	AZ
Wiederholungsnummer	112	In Titel integriert	AZ	In Titel integriert	AZ	Nur bei Wiederholung	AZ
Version	114	Version Forumlar	Z	Version Forumlar	Z	Via Schema-Definition geregelt	Z
Anfragekopie: Nein <u>oder</u> Ja	5		Z		Z		Z
Bemerkungen	6		F		F		F

Anfrage	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Grundversicherung	130	Ja / Nein	Z	Ja / Nein	Z	Ja / Nein	Z
Grundversicherung Betrag	131		F		F		F
Zusatzversicherung ärztliche Leistung	132	Ja / Nein	Z	Ja / Nein	Z	Ja / Nein	Z
Zusatzversicherung ärztliche Leistung Typ	133	halbprivat / privat	AZ	halbprivat / privat	AZ	halbprivat / privat	AZ
Zusatzversicherung ärztliche Leistung Betrag	134		F		F		F
Zusatzversicherung Pflege & Hotellerie	135	Ja / Nein	Z	Ja / Nein	Z	Ja / Nein	Z
Zusatzversicherung Pflege & Hotellerie Typ	136	halbprivat / privat	AZ	halbprivat / privat	AZ	halbprivat / privat	AZ
Zusatzversicherung Pflege & Hotellerie Betrag	137		F		F		F
Totalbetrag Anfrage	138		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 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
Patienten-Nr / Fall-Nr. des Leistungserbringers (PID/FID)	118		F		F		F
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 <u>oder</u> F	33	Tarifikontrolle / suche Versichertenrnr	Z	Tarifikontrolle / suche Versichertenrnr	Z	Tarifikontrolle / suche Versichertenrnr	Z
Geburtsdatum des Patienten	34		Z		Z		Z
AHV-Nummer	58		L		AZ		AZ
Versicherten-Nummer	56		FS		FS		FS
Kanton (Steuerdomizil) nur ausserkantonale Patienten	121	Ausserkantonale Patienten	AZ		L	Ausserkantonale Patienten KVG / VVG	AZ

Ort (Steuerdomizil) nur ausserkantonale Patienten	122	Ausserkantonale Patienten	AZ		L	Ausserkantonale Patienten KVG / VVG	AZ
---	-----	---------------------------	----	--	---	-------------------------------------	----

Elemente

KVG

UVG/MVG/IVG

XML

Zuweisender Arzt		No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
EAN-Nummer		23		F		F		F
ZSR-Nummer		37		F		F		F
Adresse		38		F		F		F
Operierender Arzt (Belegarzt)		No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
EAN-Nummer		123		F		F		F
ZSR-Nummer		200		F		F		F
Adresse		124		F		F		F
Hausarzt		No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
EAN-Nummer		125		F		F		F
ZSR-Nummer		201		F		F		F
Adresse		126		F		F		F
Kostenträger (4 Möglichkeiten)		No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
EAN-Nr.		202		F		F		F
Name und Adresse		127		F		F		F
Versicherungsnummer		128		F		F		F

Allgemeine Informationen zur Behandlung	No	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht	Bemerkung	Pflicht
Spital-Eintrittsdatum	100	teilstationär / stationär	Z	teilstationär / stationär	Z		Z
Spital-Austrittsdatum	101	teilstationär / stationär	Z	teilstationär / stationär	Z		Z
Dauer (Spitalaufenthalt)	102	teilstationär / stationär	Z	teilstationär / stationär	Z		Z
Behandlungsart	103	teilstationär/stationär	Z	teilstationär/stationär	Z		Z
Eintrittsart	104		Z		Z		Z
Eintrittsindikation	105		Z		Z		Z
Rückfall	129	Ja/ Nein	Z	Ja/ Nein	Z	Ja/ Nein	Z
Abteilung	109		V		V		V

Elemente

KVG

UVG/MVG/IVG

XML

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
Typ Therapiekatalog (CHOP)	139	gemäss Vertrag	V	gemäss Vertrag	V	gemäss Vertrag	V
Therapiecode gemäss Vertrag	140		V		V		V
Therapietext	141	Zusätzliche Klartext-Therapie	V	Zusätzliche Klartext-Therapie	V	Zusätzliche Klartext-Therapie	V

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
-----------	----	-----------	---------	-----------	---------	-----------	---------

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