

<b>BASIS</b>	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
<b>1-17</b>	<b>Meldung</b>
<b>1-20</b>	<b>Patienten Stammdaten</b>
<b>1</b>	<b>KrankenversichertenNr</b> Eindeutige Versicherten-Nummer (Krankenkasse) des Patienten [VERSICHERTENIDNEU]  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
<b>2</b>	<b>FamilienangehörigenNr</b> Eindeutige Versicherten-Nummer (Krankenkasse) des Hauptversicherten [FAMILIENNR]  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
<b>3</b>	<b>KrankenkassenNr</b> Eindeutige Bezeichnung der jeweiligen Krankenkasse oder Versicherung [KASSEIKNR]  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
<b>4</b>	<b>Ersatzkode zur KrankenkassenNr</b> [VIDERSATZ]  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <p>970000011 = Selbstzahler</p> <p>970001001 = Kostenträger ohne IK-Nummer (z. B. Gefängnisinsasse)</p> <p>970100001 = Asylbewerber</p> <p>970000022 = Privatversichert, Kasse unbekannt</p> <p>970000099 = keine Angabe zum Kostenträger</p>
<b>5</b>	<b>Patient ID</b> Eindeutig pro Patient pro Einrichtung [IDNRPAT]  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
<b>6</b>	<b>Patienten Nachname</b> Aktueller Nachname des Patienten zum Zeitpunkt der Meldung [NAME]  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>  <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>  <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>  <input type="text"/><input type="text"/> </div>
<b>7</b>	<b>Patienten Titel</b> Alle Titel abgekürzt ggf. durch " " Leerzeichen getrennt [TITEL]  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>  <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>

8	<p><b>Patienten Namenszusatz</b></p> <p>Alle Namenszusätze ggf. durch " " Leerzeichen getrennt [NAMENZUSATZ]</p> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
9	<p><b>Patienten Vorname</b></p> <p>Mehrere Vornamen ggf. durch " " Leerzeichen getrennt [VNAME]</p> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/> </div>
10	<p><b>Patienten Geburtsname</b></p> <p>[GEBNAME]</p> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/> </div>
11	<p><b>Patienten Frühere Namen</b></p> <p>Alle früheren Namen ggf. durch " " Leerzeichen getrennt [FRUEHNAME]</p> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
12	<p><b>Patienten Geschlecht</b></p> <p>[GESCHLECHTADT]</p> <div style="margin-top: 60px; padding-left: 40px;"> M = männlich W = weiblich U = unbekannt S = sonstiges/intersexuell </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="text"/> </div>
13	<p><b>Patienten Geburtsdatum</b></p> <p>[ADTGEBDATUM]</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>

14	<b>Patienten Straße</b> [STR]  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
15	<b>Patienten Hausnummer</b> [HAUSNR]  <div style="display: flex; justify-content: flex-end;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
16	<b>Patienten Land</b> [HERKUNFT]  <div style="display: flex; justify-content: flex-end;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> Schlüssel 1
17	<b>Patienten PLZ</b> [PLZ]  <div style="display: flex; justify-content: flex-end;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
18	<b>Patienten Ort</b> [ORT]  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end;"> <input type="text"/><input type="text"/> </div>
19	<b>Adresse: Gültig von</b> [GUELTIGV]  <div style="display: flex; justify-content: flex-end;"> <input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
20	<b>Adresse: Gültig bis</b> [GUELTIGB]  <div style="display: flex; justify-content: flex-end;"> <input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
21-22	<b>Meldebegründung</b>
21	<b>Meldebegründung</b> [MELDEGRUND]  <div style="display: flex; justify-content: flex-end;"> <input type="checkbox"/> </div> <p>I = Patientin/Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen</p> <p>A = Ausnahme: Patientenunterrichtung entfallen wegen möglicher gesundheitlicher Nachteile</p> <p>D = Meldung von Ärzten ohne unmittelbaren Patientenkontakt</p> <p>W = Patient hat der personenbezogenen Speicherung widersprochen</p> <p>V = Verstorben</p>

# Datensatz Systemische Therapie

22	<b>Meldeanlass</b> [MELDANLASS]  <input type="text"/>  histologie_zytologie = Histologie Zytologie diagnose = Diagnose behandlungsbeginn = Behandlungsbeginn behandlungsende = Behandlungsende statusaenderung = Statusaenderung statusmeldung = Statusmeldung tod = Tod	30	<b>Melder ID</b> [IDMELDER]  <input type="text"/>  	34	<b>Anmerkung zur Therapieart</b> [THERAPIEARTANM]  <input type="text"/>  
23-26	<b>Tumorzuordnung</b>	31-44	<b>Systemische Therapie</b>		
23	<b>Tumorzuordnung: Primärtumor ICD-Code</b> [PRIMTUMORICD] <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>  <input type="text"/>	31	<b>Systemische Therapie Beginn</b> [SYSTBEGINNDATUM]  <input type="text"/>		
24	<b>Tumorzuordnung: Diagnosedatum</b> [CTUDIAGDATUM]  <input type="text"/>	32	<b>Systemische Therapie Ende</b> [SYSTEMENDEDATUM]  <input type="text"/>		
25	<b>Tumorzuordnung: Seitenlokalisation</b> Organspezifische Angabe der betroffenen Seite [SEITENLOK]  <input type="text"/>  L = links R = rechts B = beidseitig M = Mittellinie/Mittig U = unbekannt T = trifft nicht zu (Seitenangabe nicht sinnvoll, einschließlich Systemerkrankungen)	33	<b>Art der systemischen oder abwartenden Therapie</b> [THERAPIEART]  1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/> 4. <input type="text"/> 5. <input type="text"/> 6. <input type="text"/> 7. <input type="text"/> 8. <input type="text"/>  CH = Chemotherapie HO = Hormontherapie IM = Immun- und Antikörpertherapie KM = Knochenmarkstransplantation WS = Wait and see AS = Active Surveillance ZS = Zielgerichtete Substanzen SO = Sonstiges		
26	<b>Tumorzuordnung: Tumor ID</b> [IDTUMOR]  <input type="text"/>				
27	<b>Meldung ID</b> [IDMELDUNG]  <input type="text"/>				
28-30	<b>Melder Stammdaten</b>				
28	<b>Melder Institutionskennzeichen</b> [IKNRKH] <a href="http://www.dguv.de/arge-ik/index.jsp">http://www.dguv.de/arge-ik/index.jsp</a>  <input type="text"/>				
29	<b>Melder BSNR</b> [BSNR]  <input type="text"/>				

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Veröffentlicht am 17.05.2017, gültig vom 01.01.2017 bis 31.12.2017  
Copyright © AQUA-Institut, Göttingen

## Datensatz Systemische Therapie

### Schlüssel 1 [KFZLand]

A = Österreich  
 B = Belgien  
 C = Kuba  
 D = Deutschland  
 E = Spanien  
 F = Frankreich  
 G = Gabun  
 H = Ungarn  
 I = Italien  
 J = Japan  
 K = Kambodscha  
 L = Luxemburg  
 M = Malta  
 N = Norwegen  
 P = Portugal  
 Q = Katar  
 S = Schweden  
 T = Thailand  
 V = Vatikanstaat  
 Z = Sambia  
 AG = Antigua und Barbuda  
 AL = Albanien  
 AX = Åland  
 AZ = Aserbaidschan  
 BD = Bangladesch  
 BF = Burkina Faso  
 BG = Bulgarien  
 BJ = Benin  
 BR = Brasilien  
 BS = Bahamas  
 BY = Weißrussland  
 BZ = Belize  
 CH = Schweiz  
 CI = Elfenbeinküste  
 CL = Sri Lanka  
 CO = Kolumbien  
 CR = Costa Rica  
 CV = Kap Verde  
 CY = Zypern  
 CZ = Tschechien  
 DK = Dänemark  
 DZ = Algerien  
 EC = Ecuador  
 ER = Eritrea  
 ES = El Salvador  
 ET = Ägypten  
 FL = Liechtenstein  
 FO = Färöer  
 GB = Vereinigtes Königreich  
 GE = Georgien  
 GH = Ghana  
 GR = Griechenland  
 HK = Hongkong  
 HN = Honduras  
 HR = Kroatien  
 IL = Israel  
 IR = Iran  
 IS = Island  
 JA = Jamaika  
 KN = Grönland  
 KP = Nordkorea  
 KS = Kirgisistan  
 KZ = Kasachstan  
 LS = Lesotho

LT = Litauen  
 LV = Lettland  
 MA = Marokko  
 MC = Monaco  
 MD = Moldawien  
 MH = Marshallinseln  
 MK = Mazedonien  
 MS = Mauritius  
 MW = Malawi  
 NA = Niederländische Antillen  
 NL = Niederlande  
 NZ = Neuseeland  
 OM = Oman  
 PA = Panama  
 PE = Peru  
 PK = Pakistan  
 PL = Polen  
 PY = Paraguay  
 RA = Argentinien  
 RB = Botsuana  
 RC = Republik China (Taiwan)  
 RG = Guinea  
 RH = Haiti  
 RI = Indonesien  
 RL = Libanon  
 RM = Madagaskar  
 RN = Niger  
 RO = Rumänien  
 RP = Philippinen  
 RT = Togo  
 RU = Burundi  
 SD = Swasiland  
 SK = Slowakei  
 SN = Senegal  
 SO = Somalia  
 SY = Seychellen  
 TD = Tschad  
 TJ = Tadschikistan  
 TL = Osttimor  
 TM = Turmenistan  
 TN = Tunesien  
 TR = Türkei  
 TT = Trinidad und Tobago  
 UA = Ukraine  
 UZ = Usbekistan  
 VN = Vietnam  
 WD = Dominica  
 WG = Grenada  
 WL = St. Lucia  
 WS = Samoa  
 WV = St. Vincent und die Grenadinen  
 YV = Venezuela  
 ZA = Südafrika  
 ZW = Simbabwe  
 AFG = Afghanistan  
 AND = Andorra  
 ANG = Angola  
 ARM = Armenien  
 AUS = Australien  
 AXA = Anguilla  
 BDS = Barbados  
 BHT = Bhutan  
 BIH = Bosnien und Herzegowina  
 BOL = Bolivien  
 BRN = Bahrain

BRU = Brunei  
 CAM = Kamerun  
 CDN = Kanada  
 CGO = Demokratische Republik Kongo  
 COM = Komoren  
 DJI = Dschibuti  
 DOM = Dominikanische Republik  
 EAK = Kenia  
 EAT = Tansania  
 EAU = Uganda  
 EST = Estland  
 ETH = Äthiopien  
 FIN = Finnland  
 FJI = Fidschi  
 FSM = Mikronesien  
 GBA = Alderney  
 GBG = Guernsey  
 GBJ = Jersey  
 GBM = Insel Man  
 GBZ = Gibraltar  
 GUB = Guinea-Bissau  
 GUY = Guyana  
 IND = Indien  
 IRL = Irland  
 IRQ = Irak  
 JOR = Jordanien  
 KIR = Kiribati  
 KOS = Kosovo  
 KSA = Saudi-Arabien  
 KWT = Kuwait  
 LAO = Laos  
 MAL = Malaysia  
 MEX = Mexiko  
 MGL = Mongolei  
 MNE = Montenegro  
 MOC = Mosambik  
 MYA = Myanmar  
 NAM = Namibia  
 Nau = Nauru  
 NCL = Neukaledonien  
 NGR = Nigeria  
 NIC = Nicaragua  
 PAL = Palau  
 PRI = Puerto Rico  
 RCA = Zentralafrikanische Republik  
 RCB = Republik Kongo  
 RCH = Chile  
 RIM = Mauretanien  
 RMM = Mali  
 ROK = Südkorea  
 ROU = Uruguay  
 RSM = San Marino  
 RUS = Russland  
 RWA = Ruanda  
 SGP = Singapur  
 SLO = Slowenien  
 SME = Suriname  
 SOL = Salomonen  
 SRB = Serbien  
 STP = São Tomé und Príncipe  
 SYR = Syrien  
 TUV = Tuvalu  
 UAE = Vereinigte Arabische Emirate  
 USA = Vereinigte Staaten von Amerika  
 WAG = Gambia

## Datensatz Systemische Therapie

---

WAL = Sierra Leone  
YEM = Jemen