

Fachverband SAPV Niedersachsen e. V.
c/o. Schmerz- und Palliativzentrum Celle
Sägemühlenstraße 5a
29221 Celle

Telefon: 05141 - 48 31 75

Fax: 05141 - 48 31 76

www.sapv-niedersachsen.de

Datenübermittlung im Rahmen des DTA-Datenübermittlung

Allgemein Informationen

1. Vertragliche Verpflichtung zur DTA-Datenübertragung besteht
2. Information bzgl. Start der DTA-Datenübertragung der AOK Niedersachsen erfolgte in 10/2015
3. Beginn der DTA-Datenübertragung ab 12/2015 – Projektphase
4. Beginn reguläre DTA-Datenübermittlung 01/16 – Regelbetrieb
5. Vorbereitungen weiterer Krankenkassen bzgl. DTA-Übertragung laufen

Welche Daten werden übermittelt?

Datenverschlüsselung und Übermittlung erfolgt über das Programm dakota.le

➤ **Teamspezifische Daten:**

Name des Teams

IK des Teams

E-Mail Adresse des Teams

➤ **Kassenspezifische Daten:**

IK des Kostenträgers

Tarifkennzeichen

IK der Datenannahmestelle

Welche Daten werden übermittelt?

➤ **SAPV-Verordner Adressdaten:**

LANR

BSNR

CAVE: Verordnungen von Krankenhausärzten erhalten die Pseudo-Nummern:
9999999

➤ **SAPV-Verordnungen:**

Von – Bis (Zeitraum)
Verordnungsdatum
Verordner
Kostenzusage
Genehmigungszeichen

Welche Daten werden übermittelt?

➤ Weitere Angaben

Diagnosen

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Daten des SAPV-Teams

Daten der beteiligten Kooperationspartner

Pauschalen inkl. Zeitangaben

Angaben zum Versicherten **Mustermann**
Name

Sonja
Vorname

01.01.1915
Geburtsdatum

Monat: **10**
Jahr: **2015**

Versicherungsnummer

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Anzahl insgesamt		
Einsatz 1	Einsatzbeginn																																		
Pflege	Einsatzende																																		
	Hdz.																																		
Einsatz 2	Einsatzbeginn																																		
Pflege	Einsatzende																																		
	Hdz.																																		
Einsatz 3	Einsatzbeginn																																		
Pflege	Einsatzende																																		
	Hdz.																																		
Einsatz 1	Einsatzbeginn																																		
Arzt	Einsatzende																																		
	Hdz.																																		
Einsatz 2	Einsatzbeginn																																		
Arzt	Einsatzende																																		
	Hdz.																																		
Pauschale																																			
0010622001																							1											1	
0010622000																																			
0010324104																							1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
0030623001																																			
0030623002																																			
0030623003																																			
0020623006																																			
0020623007																																			

Wir bestätigen die angegebenen Leistungen entsprechend den vertraglichen Regelungen erbracht zu haben:



Datum, Unterschrift

Pauschale	Anzahl	Vergütung	Rechnungssumme
0010622001	1		
0010622000			
0010324104	10		
0030623001			
0030623002			
0030623003			
0020623006			
0020623007			
Insgesamt =			

Folgende Kooperationspartner haben teilweise die Leistungen € PD So: 

Folgende Mitarbeiter haben teilweise die Leistungen erbracht: _____

Vielen Dank für Ihr Interesse!