

# Angaben zur Datenanwendung

BearbeiterIn: Informationssicherheitsaus-  
schuss und Datenschutzausschuss der GGZ

Betreff: Krankenhausinformationssystem (KIS)

Graz, 07.04.2020

Bezeichnung der Datenanwendung:

**Krankenhausinformationssystem (KIS)**

Zweck der Datenanwendung:

Mit dem KIS werden sämtliche Diagnosen, Befunden, Behandlungen, Tests, Medikationen und Dokumentationen welche im Zuge des Aufenthalts durchführt werden bzw. anfallen erfasst und dokumentiert.

Die Datenanwendung gehört zum:

privaten Bereich

Die Datenanwendung erfolgt:

automationsunterstützt

Angaben zur Anwendbarkeit der Vorabkontrolle:

Verwendung von sensiblen Daten

Rechtsgrundlage(n) für die gemeldete Datenanwendung:

- Krankengeschichte gem. § 13 Stmk Krankenanstaltengesetz (KALG) LGBl Nr. 66/1999 idF LGBl Nr. 44/2011
- Pflegedokumentation gem. § 9 Stmk Pflegeheimgesetz (PHG) LGBl Nr. 77/2003 idF LGBl Nr. 8/2010.
- Pflegedokumentation gemäß § 5 GuKG i.d.g.F.;

## Besondere Angaben zum Inhalt der Datenanwendung:

	Datenarten	Nummern der Empfängerkreise
<p>Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankenanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pfleglinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut</p>	<p>Stammdaten eines Patienten (Geschlecht, Straße/Nr., PLZ/Wohnort, Telprivat, TelGeschäft, Email, Sprache, Sozialvers.nr., Beruf, Arbeitgeber, bereits da gewesen (ja/nein), Foto, Fall ID (Aufenthaltsnummer), Strichcode, (Patientennummer als Barcode), VIP (ja/nein), Einweisungsdiagnose [Krankenkasse, weitere Krankenkasse], Patientenpfad der bisherigen Aufenthalte [Datum, Disziplin, Abt.Zimmer, Bewegungstyp, Bezeichnung], Zimmernummer, Bettnummer, Klassezimmer (ja/nein), Kontaktpersonen, einweisender Arzt)</p>	<p>01, 02, 04</p>

	Stammdaten eines Patienten 2 (Nachname, Vorname, Geb. Datum, Nationalität, Familienstand, Konfession, Allg. Bemerkung - Nähere Informationen zu den Stammdaten eines Patienten)	01, 02, 03, 04
	Vorbefunde eines Patienten (Mitgebrachte und Eingescannte Dokumente des Patienten)	01, 02, 04
	Verlauf des Patienten (Priorität der Eintragung, Vertraulichkeit der Eintragung, Typ des Verlaufs (zB Ärzte, Pflege), Datum der Eintragung, Kurzzeichen der Person welche den Verlauf eintragen hat, Zusammenfassung (eigentlicher Verlaufstext), Status des Verlaufseintrages, Verlaufshistorie)	01, 02, 03, 04
	Fieberkurve des Patienten (Vitalwerte auf der Fieberkurve [Blutdruck, Puls, Temperatur, Sauerstoff, Schmerzskala, Blutzucker, Stuhlgang(ja/nein/Durchfall), Gewicht, Bauchumfang, Wohlbefinden, Müdigkeit, Übelkeit, Sonstiges (Sonstige spezielle Vitalwerte)], Pflegemassnahmen auf der Fieberkurve [Tätigkeit am Patienten, Datum und Uhrzeit der Tätigkeit, Status der Tätigkeit {überfällig, durchgeführt, noch nicht durchgeführt, nicht durchgeführt, pausiert}], Ein und Ausfuhr, Bilanz auf der Fieberkurve [Einfuhr Oral, Einfuhr (Enteral, Sonde), Einfuhr (parenteral, sonstige Einfuhr)], Ausfuhr (Urin), Ausfuhr (andere), Katheter / Drainagen auf der Fieberkurve [Art des Katheter / Drainage, Datum und Uhrzeit der Tätigkeit, Status des Katheter / Drainage (gelegt, entfernt), Flüssigkeit], Ein- und Ausfuhrbilanz Ernährung [Frühstück, Vormittagsjause, Mittagessen, Abendessen, Spätmahlzeit])	01, 02, 04
	Laborbefund eines Patienten (Alpha 1-Globulin abs, Alpha 1-Globulin rel, Alpha 2-Globulin abs, Alpha 2-Globulin rel, Ammoniak, a-Amylase, Acinetobacter Baumannii, ABsAg, ACTH, A-aDO2, AFP (CMIA), Anti-HAV-IgG, Anti-HAV-IgM, Anti-HBc, Anti-HBs (bhb), Anti-HBs (gkk), Anti-HCV, Albumin rel, Albumin abs, Alkal. Phosphatase, Antithrombin, a.PTT, Actinobacillus spp, ASLO quant., Aerococcus viridans, Bakterien, Basophile Zellen, Basophile, BE(B), Beta-Globulin abs, Beta-Globulin rel, Bilirubin ges., BNP, B-Streptpk. Agalactiae, BSG >50a (m), BSG >50a (w), Blut im Stuhl 1, Blut im Stuhl 2, Blut im Stuhl 3, Calcium ,CA 15-3 (CMIA), andida albicans, Calcidiol im Serum, Calcitriol im Serum, Carbamazepin, Citrobakter braakii, CDT, CEA (bhb) ,CEA (CMIA) ,Citrobacter farmeri, Citrobacter freundii, CHE (bhb) ,CHE (m)gkk, CHE (w)gkk ,Cholesterin, CK (m), CK (w), CK-MB, CK-NAC (m), CK-NAC (w), Clostridien difficile-Schnelltest, CMV, Cortisolspiegel, Creatinin im Serum (w), Creatinin im Serum (m), CRP, CRP (bhb), Troponin I qualitativ, D-Dimer, D-Dimer (GGZ), D-Dimer (gkk), Digitoxin, Digoxin, Enterobacter aerogenes, EBK total, E. Coli, Enterobacter cloacae, Enterococcus casseliflav., Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium, Enterokokken, Eosinophile Zellen, Eosinophile, pithelien, Erythrozyten (m), Erythrozyten (w), Erythrozyten-U, ESBL, F/T-PSA (CMIA), Fe (bhb)m, Fe (bhb)w, Fe (m)gkk, Fe (w)gkk, Ferritin (bhb)m, Ferritin (bhb)w, Ferritin (m)gkk, Ferritin (w)gkk, Fibrinogen, Folsäure (bhb), Folsäure (gkk), fT3 (bhb), fT3 (gkk), fT4 (bhb), fT4 (gkk), Gesamt-Eiweiß, Gesamt-Einweiß (bhb), GFR (CKD-EPI Formel), GFR (MDRD-Formel), Gamma Globulin abs, Gamma Globulin rel, Gamma-GT (m), Gamma-GT (w), Glucose-U, Glucose im Blut, Haptoglobin, Harnstoff (w), Hafnia alvei, HbA1c (ggz/gkk), HbA1c (gkk), HbA1c, Hämoglobin (m), Hämoglobin (w), HBsAg, HCO3, HDL-Cholesterin, T-Chol/HDL-Chol-Quotient, HIV Ak, Hämatokrit (m), Hämatokrit (w), Harnsäure (m), Harnsäure	01, 02, 03, 04

	(w), Harnstoff (m), Harnstoff (w), IgA, IgG, IgM, Immunelphor, Kalium, Keton, Klebsiella oxytoca, Klebsiella pneumonia pn., Klebsiella sp., Kristalle, Kupfer, Lactobacillus spp., Lamotrigin, LDH, LDL-Cholesterin, Leukozyten, Leukozyten-U, Lithium, Lipase, Lipase (bhb), Lymphozyten, Lymphozyten diff., Lymphoz. Jugendf., MCH, MCHC, MCV, Magnesium, Monozyten, Monozyten diff, Morganella morganii, MRSA, Myoglobin (m), Myoglobin (w), Natrium, Neutrophile Zellen, Neutrophile Jugendf., Neutroph. Segmentk., Nitrit, NSE, nt-pro BNP <75a, nt-pro BNP >75a, Oxcarbacepin, p-Amylase, Parathormon, Pastorella multicauda, pCO <sub>2</sub> , pH, Phosphat, PH, pO <sub>2</sub> , Proteus mirabilis, Proteus sp, Pasteurella pneumotropica, Protein-U, Providentia rettgeri, Providentia stuartii, Proteus vulgaris, PSA (CMIA), Pseudomonas aeruginosa, Pseudomonas putida, Quick-INR, Racu. Planticola, RDW, Retikulozyten absolut, Retikulozyten relativ, RF, almonella, Sedacorone (Amiodaron), Sedacorone (Metabolit), Serratia, SGOT (ASAT) (m), SGOT (ASAT) (w), SGPT (ALAT) (m), SGPT (ALAT) (w), SO <sub>2</sub> c, Spez. Gew., Sproßpilze, Neutrophile Stabkernige, Staph. Aureus, Staph. Capitis, Staph. Epidermidis, Staph. Hämoliticus, Staph. non aureus, Streptokokken, Streptok. dysgal euquisimilis, Streptok. Saprophyticus, Theophyllin, Thrombozyten, TPZ-INR, TPZ-Quick, Transferrin (gkk), Transferrin (bhb), Transferrinsättigung (bhb), Transferrinsättigung (gkk), Transglutaminase AK, Triglyceride, Troponin I (gkk), TSH (bhb), TSH (gkk), Uricult eingesandt, Valproinsäure, Vit B12 (gkk), Vit B12 (bhb), Zylinder)	
	Bettenspiegel einer Station im Überblick (Zimmernummer, Bettnummer, Klassezimmer (ja/nein), Vorname der Patienten, Nachname der Patienten, Geburtsdatum des Patienten, Alter des Patienten, Geschlecht des Patienten)	01, 02, 04
	Bettenspiegel einer Station im Überblick 2 (Stationsname, Aufnahme-datum, Entlassdatum)	01, 02, 03, 04
	Medikation des Patienten (Medikament, Art der Medikation [Standard, Messwert, Kombination, Schema, Einzelfall], Dosierung, Verordnung ab, Verordnung bis, Dauer der Verordnung, Einheit (zB ml), Merkmale der Verordnung (zB Suchtgift), Bemkerung zu Vergabe, Appl.art (zB Oral), Max. Gaben, Zeitabst. Mind, Max. Tagesdosis, Wirkstoff, Verordnungstyp, Selbstverwaltetes Medikament (ja/nein), Mitgebrachtes Medikament (ja/nein), Zu evaluierendes Medikament (ja/nein), Einzeldosis)	01, 02, 03, 04
	Erfassung einer Leistung am Patienten (Auftragsart, Auftrag, KgID, OP Nr., Patient, Datum, Zeitpunkt, Auftraggeber, Erbringer, Leistungsstelle, Verantwortung, Sitzung, Fachabteilung, weitere Erbringer, LANr., Leistung, mark. Leistung, Anzahl der Einheiten, Preis, Charge Nr., Bemerkung zur erbrachten Leistung)	01, 02, 04
	Planung von Therapien und Terminen für Patienten und Mitarbeiter (Beginn Datum, Beginn Zeit, Dauer der Einheit, Ende Datum, Ende Zeit, Anzahl der Einheit, Abweichung, Min. Abstand, Beginn 2. Zeit, Beginn 3. Zeit, Behandlungstage, Feiertage, Terminart, beteiligte Ressourcen, Privat (ja/nein), Patient nicht gefähig (ja/nein), Patient abwesend (ja/nein), Info zum Termin, Auskunft Rechte, Rechte der Ressource, Gruppen, Vorbelegung für Ressourcen, Farbe der Ressource, Intervall-Art der Ressource, Intervall der Ressource, Berechtigte Gruppe, Blocklänge, Pause, Max. Anzahl, Anzahl der Temrine, zulässige Termin-Arten)	01, 02, 04

	<p>Pflegeplanung eines Patienten (Pflegediagnosen [Nr. der Pflegediagnose, Bezeichnung der Pflegediagnose, Start, Stop, Evaluation Pflegediagnosen (ja nein), Evaluation Pflegediagnosen Datum, Bemerkung zur Pflegediagnose, Ätiologie / Ursache, Ressourcen, Risikofaktoren, Symptome / Kennzeichen, Pflegeziele, Pflegeinterventionen], Pflegeziele [Bezeichnung des Pflegeziels, Bemerkung zum Pflegeziel, Zielstatus (k.A. 1, 2, 3, 4 oder 5), Aktueller Status (k.A. 1, 2, 3, 4 oder 5), Datum des aktuellen Status, Nächste Evaluierung, Evaluierungs-Text], Pflegeinterventionen [Bezeichnung der Pflegeintervention, Datum von, Datum bis, Veranlasst von, Bemerkung zur Pflegeintervention, Anzahl und Zeiten der Pflegeintervention, ohne Zeitangabe (ja nein), Dauer (in Minuten), Maßnahme ab, Maßnahme bis, Regelmäßigkeit der Maßnahme (zB eintägig, Wochenraster)], Weitere Maßnahmen und Ärztliche Maßnahmen des Patienten [Bezeichnung der Massnahme, Anzahl und Zeiten der Maßnahme, ohne Zeitangabe (ja nein), Dauer (in Minuten), Maßnahme ab, Maßnahme bis, Regelmäßigkeit der Maßnahme (zB eintägig, Wochenraster)])</p>	<p>01, 02, 03, 04</p>
	<p>Pflegedurchführungsnachweis bei einen Patienten (Status der Durchführung der Tätigkeit [offen, in Arbeit, durchgeführt, nicht durchgeführt], Abweichende Durchführung – Bemerkung, Abweichende Durchführung – Datum und Uhrzeit, Abweichende Durchführung – als durchgeführt markieren (ja/nein), Bemerkung zum Status der Durchführung)</p>	<p>01, 02, 04</p>
	<p>Richten und Verabreichen von Medikamenten für Patienten (Verabreichungsstatus [gegeben, gerichtet, stornieren], Bemerkungen zum Verabreichungsstatus, Abweichende Menge, Abweichende Zeit, Einzeldosis, Verabreicht um, Bemerkung zur Medikationsgabe)</p>	<p>01, 02, 04</p>
	<p>Ärztliche Anamnese (MRSA/MRSE (ja/nein), HIV(ja/nein), TBC (ja/nein), Hep. B (ja/nein), Hep. C (ja/nein), Pneumonie (ja/nein), Diabetes mellitus (ja/nein), Asthma (ja/nein), Hämophilie (ja/nein), Morbus Parkinson (ja/nein), Chemotherapie (ja/nein), Orale Antikoagulation, O2-Pflichtig, Weitere besondere Krankheiten, Herzschrittmacher (ja/nein), Blind (ja/nein), Übersetzer nötig (ja/nein), Port (ja/nein), Keine Reanimation (ja/nein), Gravidität (ja/nein), Alkohol (ja/nein), Nikotin (ja/nein), Hypertonie (ja/nein), Adipositas (ja/nein), Mangelnde körperliche Bewegung (ja/nein), Stress (ja/nein), Erhöhte Blutfettwerte (ja/nein), Familiäre Belastung (ja/nein), Latex (ja/nein), Penicilin (ja/nein), Kontrastmittel (ja/nein), Weißes Pflaster (ja/nein), Braunes Pflaster (ja/nein), Nahrungsmittel (ja/nein), Nahrungsmittel (Bemerkung), Heuschnupfen (ja/nein), Hausstaub (ja/nein), Milben (ja/nein), Glutamat (ja/nein), Andere Allergien, Keine Allergien bekannt (ja/nein), CAVE zum Patienten, Untersucher des Patienten, Datum der Anamnese, Einweisungsgrund, Vorbefunde (gescannte Dateien), Anamnese Text, Operationen/ Vorerkrankungen, Tumorerkrankungen, Appetit, Durst, Gewichtsverlust in kg und Monaten, Stürze, Schwindel/ Synkopen, Stuhlgang, Schlaf, Wasserlassen, Nykturie, Sonstige Anmkerung zur Anamnese, Untersucher, Datum der Untersuchung)</p>	<p>01, 02, 03, 04</p>
	<p>Eintrittsdiagnostik des Patienten bei Aufnahme (ICD – Aufnahme-diagnose, ToDo für Patienten, Bemerkungen zur Diagnostik, Zuständiger Arzt, Verantwortlicher Arzt)</p>	<p>01, 02, 04</p>

	<p>Status Generalis eines Patienten (Untersuchung durchgeführt von / am, Allgemeinzustand Patient [Allgemeinzustand, Ernährungszustand, Xsikkose, Zyanose, Ikterus, Haut / Schleimhaut, Bewußtsein, Verhalten des Patienten, Anmerkung um Allgemeinzustand], Kopf / Hals Status bei Patient [Kopf frei beweglich, Zunge, Zahnstatus, Zahnprothese, Tonsillen, Schilddrüse, Struma diffusa, Anmerkungen zu Kopf und Hals], Thorax Status Patient [Form, Mamma, Schrittmacher (Schrittmacher), Atmungstyp, Perkussion, Auskultation, Atemgeräusch, Anmerkungen zu Thorax], Herz / Kreislauf Status eines Patienten [Blutdruck, Puls, Rhythmus, Halsvenen, Systolikum mit p.m, Aorta, Tricuspidalis, Pulmonalis, Erb, Diastolikum mit p.m, Herzspitzenstoss, Anmerkungen zu Hers / Kreislauf], Abdomen eines Patienten [Inspektion, Bauchdecke, Pulsation, Palpation Leber, Perkussion Leber, Milz, Bruchpforten, Perkussion Leber, Muskultation, Rektalbefund, Sphinktertonus, Schleimhaut, Ampulla, Anmerkungen zu Abdomen], Wunden des Patienten [Lokalisation, Anmerkungen zur Wunde], Urogenitale Status [Nierenlager, äußeres Genitale, Harnableitung, Prostata, Anmerkungen zur Urogenitale], Status der Gefäße des Patienten [Varicosis, Oedeme, Anasarka, Peripherer Pulsstatus, Art. Carotis, Art. Radialis, Art. Poplitea, Art. Dorsalis pedis, Art. Tibialis post., Stenosengeräusch, Art. Carotis, Art. Femoralis, Aorta Abdominalis, Lymphknoten, Anmerkungen zu Gefäße], Status Wirbelsäule / Extremitäten [Wirbelsäulen Deformierung, HWS, BWS, LWS, OS Sacrum, Becken, Gonarthrose, Extremitäten generell, Schulter Oberarm, Ellenbogen Unterarm, Handgelenk Hand, Becken Hüfte, Oberschenkel Knie, Unterschenkel Fuß, Sitzen, Transfer, Stand, Gang, Anmerkungen zu WS / Extremitäten], Neurologie [Neurologischer Status (auffällig/unauffällig), orientiert (Ort/Zeit/Person/Situation), desorientiert (Ort/Zeit/Person/Situation), Aufmerksamkeitsstörung, visueller Extinkt, sensibler Extinkt, Neglect, Anosognosie, Dysarthrie, Aphasie, Pupillen, Reaktion, Hemi-anopsie, Quadrantenanopsie, Doppelbilder, Paresen, Pronation, Absinken, Paresen, Plegie, Feinmotorik, Tremor, Rigor, Zahnradphänomen, Hypästhesie, Hyperästhesie, Vibrationsempfinden, Reflexstatus, BSR, TSR, RPR, PSR, ASR, Babinskizeichen], Neurologischer Status [Hirnnerven, Riechen, Visus, Pupille, Gesichtsfeld, Bulbusbeweglichkeit (horizontal), Bulbusbeweglichkeit (vertikal), Doppelbilder, Facialis, Trigemimus (sensibel), Trigemimus (motorisch), Gaumensegel, Würgereflex, Bemerkung zu Hirnnerven Zunge, Beschreibung der Zunge Sprechen / Sprache / Schlucken, Beschreibung Sprechen / Sprache / Schlucken / Motorik, Arm-Vorhalte-Versuch, Beschreibung zu Arm-Vorhalte-Versuch, Bein-Vorhalte-Versuch, Beschreibung zu Bein-Vorhalte-Versuch, Kraft (MRC 1-5), Beschreibung zu Kraft, Feinmotorik, Beschreibung zu Feinmotorik, Trophikk, Beschreibung zu Trophikk, Ruhetremor, Beschreibung zu Ruhetremor, Haltetremor, Beschreibung zu Haltetremor, Intentionstremor, Beschreibung zu Intentionstremor, Rigor, Beschreibung zu Rigor, Spastik, Beschreibung zu Spastik, Händigkeit, Beschreibung zu Händigkeit Sensibilität, Berührung, Beschreibung zu Berührung, Warm-Kalt, Beschreibung zu Berührung, Spitz-Stumpf, Beschreibung zu Spitz-Stumpf, Vibration, Beschreibung zu Vibration, Lagesinn, Beschreibung zu Lagesinn, Schmerz, Beschreibung zu Schmerz, Dermatome, Beschreibung zu Dermatome, Level, Beschreibung zu Level Muskeleigen - / Fremdrelexe, Pyramidenbahnzeichen, Babinski, Beschreibung zu Babinski, andere Pyr.</p>	<p>01, 02, 03, 04</p>
--	---	---------------------------

	<p>Bahnzeichen, Beschreibung zu andere Pyr. Bahnzeichen, Fremdreﬂexe, Beschreibung zu Fremdreﬂexe, Beschreibung zu Muskeleigen-/ Fremdreﬂexe Koordination, FNV rechts, Beschreibung zu FNV rechts, FNV links, Beschreibung zu FNV links, KHV rechts, Beschreibung zu KHV rechts, KHV links, Beschreibung zu KHV links, Stamm, Beschreibung zu Stamm, Gang, Beschreibung zu Gang, Beschreibung zu Koordination, Vegetativum, Orthostase, Beschreibung zu Orthostase, Miktion, Beschreibung zu Miktion, Defäkation, Beschreibung zu Defäkation, Salivation, Beschreibung Salivation, Hidrose, Beschreibung zu Hidrose, Potenzstörung, Beschreibung Potenzstörung, Beschreibung zu Vegetativum, Neuropsychologie, Neglect, Apraxie, Beschreibung zu Neuropsychologie, Psychiatrischer Status, zeitliche Orient., Vigilanz, örtliche Orient., situative Orient., persönl. Orient., Merkfähigkeit, Gedankengang, Halluzinationen, Beschreibung zu Halluzinationen, Wahnideen, Beschreibung zu Wahnideen, soz. Verhalten, Kritikfähigkeit, Affekt, Aufmerksamkeit, Antrieb, Schlaf, Psychomotorik, Beschreibung zu Psychiatrischer Status, Stimmung, Beschreibung der Stimmung]</p>	
	<p>Anforderung von Untersuchungen und Therapien der Patienten (Anforderung der Untersuchung [Untersuchungsart (zB Labor, Ergotherapie, Physiotherapie, EKG), Untersuchung links/rechts/beidseits/k.A., Wunschdatum, Wunschzeit, Terminhinweis, klinische Angaben zur Anforderung, rechtf. Indikation/ Fragestellung, Bemerkung/ Risiko der Anforderung, Dringlichkeit, Mobilität, Status der Bearbeitung], Befund der Untersuchung [Befund von der Einzelanforderung (z.B. Ergotherapie - Physiotherapie), Beurteilung, Untersuchungsdatum, Befundender Arzt], Bilder des Auftrages)</p>	<p>01, 02, 04</p>
	<p>Testung: Nascher Score eines Patienten (Bef. Arzt, Übersicht [Datum, Score Ergebnis, Score Kategorie], Datum, Pflegegeldstufe, geriatrischer Patient ja/nein, erhöhtes Risikopotential [Sturzrisiko, Anfallsgeschehen, Mangelernährung, Dekubitus, Aspiration], erhöhter medizinischer Aufwand [Beatmung oder Tracheostoma, komplizierte Schmerztherapie, Organersatztherapie. Besondere Hygienemaßnahmen, Zugänge oder Implantate, aufwendige Therapien von Demenzen], progr. Krankheit oder ausgeprägte Symptomatik oder Funktionsdefizite [rezentes Akuterereignis, DM, KHK, AVK, RR, Herzinsuffizient, Niereninsuffizienz, Morbus Parkinson/Parkinsonsyndrom, Malignom, HOPS, respiratorische Insuffizienz, Wundheilungsstörung, noch nicht genannte neurologische chronische unheilbare Erkrankungen, noch nicht genannte internistische chronische unheilbare Erkrankungen, andere oben nicht genannte aufwendige Zustandsbilder], Ergebnis: Summe, Bewertung aufgrund der Nascher-Kategorien/Säulen)</p>	<p>01, 02, 03, 04</p>
	<p>Testung: Mini Nutritional Assessment (MNA) (Voranamnese [Anorexie (keine/leicht/schwer), Gewichtsverlust, Mobilität und Beweglichkeit, akute Krankheiten oder psychischer Stress (ja/nein), Demenz oder Depression (keine/leicht/schwer), BMI-Wert], Anamnese [Wohnsituation (zu Hause ja/nein), Medikamentenkonsum (über/unter 3 pro Tag), Schorf oder Druckgeschwüre (ja/nein), Lebensmittelauswahl (Milchprodukte, Hülsenfrüchte, Eier, Fleisch, Fisch, Geflügel ja/nein), Obst oder Gemüse 2x täglich (ja/nein), tägliche Trinkmenge, Essenaufnahme mit/ohne Hilfe, Selbsteinschätzung Unter-/Mangelernährung, Selbstein-</p>	<p>01, 02, 03, 04</p>

	<p>schätzung Gesundheitszustand, Oberarmumfang, Wadenumfang], Auswertung Gesamt-Index [Ergebnis Voranamnese, Gefahr der Mangelernährung ja/nein, Ergebnis Anamnese, Gesamt-Index], Untersucher, Datum)</p>	
	<p>Pflegeanamnese eines Patienten (Allgemeine Angabe zur Pflegeanamnese [Datum der Erhebung, GKP, beim Gespräch anwesende Person, Größe in cm, Gewicht in kg, BMI, Zusätzliche Bemerkung zu den allgemeinen Angaben bei der Pflegeanamnese, Nächste Evaluierung am], Luft/Wasser/Nahrung bei Pflegeanamnese [Atmungsprobleme (ja/nein), Pflegediagnose zu Atmungsprobleme, Welche Atmungsprobleme treten auf?, Seit wann aufgetreten? (Atmungsprobleme), Wie aufgetreten? (Atmungsprobleme), Tracheostoma (ja/nein), Seit wann, Typ, Anmerkungen / Wünsche zu Tracheostoma, Probleme mit dem Flüssigkeitshaushalt (ja/nein), Welche Probleme mit dem Flüssigkeitshaushalt?, Pflegediagnose zu Flüssigkeitshaushalt, Exsikkoserisiko nach GRIGO, Trinkhilfen, Hautturgor, Aussehen der Zunge, Anmerkungen / Wünsche zu Exsikkoserisiko, Probleme bei der Ernährung ( ja/nein), Pflegediagnose zu Ernährungsprobleme, Welche Ernährungsprobleme, Seit wann bestehen die Ernährungsprobleme, BMI, Diät, Vorlieben, Abneigungen, Zahnersatz, Zustand der Mundschleimhaut, Ernährung enteral per Sonde, Ernährung parenteral, Ernährungssonde (ja/nein), Art (Typ) der Sonde, Sonde gelegt am], Ausscheidung [Probleme b. d. Urinausscheidung (ja/nein), Welche Probleme b. d. Urinausscheidung, Diagnosen zu Urinausscheidung, Harnableitungssystem (ja/nein), Art der Harnableitung, Gelegt am, Anmerkungen / Wünsche zu Harnableitungssystem, Probleme beim Stuhlgang ( ja/nein), Pflegediagnosen zu Stuhlgang, Welche Probleme beim Stuhlgang, Letzter Stuhlgang am, Abführhilfen, Künstlicher Ausgang (ja/nein), Seit wann ist der künstlicher Ausgang?, Typ des künstlichen Ausgangs, Dekubitus (ja/nein), Beschreibung / Lokalisation, Diagnosen zu Dekubitus, Bradenskala – Einstufung, Hämatom (ja/nein), Beschreibung / Lokalisation der Hämatome, Hautablederungen (ja/nein), Beschreibung / Lokalisation der Hautablederung, Intertrigo (ja/nein), Beschreibung / Lokalisation der Intertrigo, Andere Hautmerkmale (ja/nein), Beschreibung / Lokalisation der anderen Hautmerkmale, Grafische Darstellung {Dekubitus, Hämatome, Hautablederungen, Intertrigo, Andere}], Alleinsein &amp; Soziale Interaktion [Probleme mit der Kommunikation (ja/nein), Welche Probleme bei der Kommunikation?, Diagnose zu Probleme mit der Kommunikation, Beschreibung Familien- und Beziehungssituation, Wünsche bezügl. Besuche, Bereitschaft der Angehörigen in das Betreuungskonzept einbezogen zu werden? (ja/nein), Beschreibung zur Bereitschaft der Angehörigen in das Betreuungskonzept einbezogen zu werden], Abwendung von Gefahren [Bestehende Infektionsgefahr (ja/nein), Diagnose zu Infektionsgefahr, Bekannte Allergien, Gefährdung der normalen Regulierung der Körpertemperatur (ja/nein), Diagnose zur Regulierung der Körpertemperatur, Körpertemperatur verändert (ja/nein), Erhöhte Schweißsekretion (ja/nein), Beobachtung der Körpertemperatur, Möglichkeiten sich selbst vor Verletzungen, Krankheit oder Vergiftungen zu schützen? (ja/nein), Beobachtungen zur Möglichkeit, sich selbst vor Verletzungen, Krankheit oder Vergiftungen zu schützen, Erhöhtes Aspirationsrisiko (ja/nein), Beobachtung zu erhöhtes Aspirationsrisiko, Pflegediagnosen zu Aspirationsrisiko, Schmerzen</p>	<p>01, 02, 03, 04</p>

	<p>(ja/nein), Lokalisationen der Schmerzen, Seit wann sind die Schmerzen?, Art der Schmerzen?, Ausstrahlung der Schmerzen?, Schmerzauslösende Fakt., Schmerzverstärkende Fakt., Schmerzlindernde Fakt., Anmerkungen zu den Schmerzen, Pflegediagnosen zu den Schmerzen, Schmerzskala (1-10)], Aktivität in der Ruhe [Selbstfürsorge (Einstufung nach PAS), Pflegediagnose zur Selbstfürsorgen, Anmerkungen zur Selbstfürsorgen, Probleme beim sich Bewegen (ja/nein), Anmerkungen / Beobachtungen zu den Problemen beim sich Bewegen, Hilfsmittel, Diagnose zu Probleme beim sich Bewegen, Pflegeabhängigkeit laut PAS, Stürze (ja/nein), Erhöhtes Sturzrisiko laut Sturzrisikoskala nach Morse (ja/nein), Diagnosen zum Sturzrisiko, Anmerkungen zu Stürze, Probleme beim Schlafen (ja/nein), Diagnosen zu Probleme beim Schlafen, Seit wann gibt es Probleme beim Schlafen?, Gewohnheiten beim Schlafen?], Integrität der Person [Akzeptanz/Wertschätzung der eigenen Person und Fähigkeit (positiv / negativ / nicht eruierbar), Beobachtungen / Äußerungen zum Sozialen Umfeld, Pflegediagnosen zu Realitätsbezug zum Sozialen Umfeld, Pflegediagnosen zu Akzeptanz / Wertschätzung, Sinneswahrnehmungen beeinträchtigt (ja/nein), Welche Sinneswahrnehmungen?, Pflegediagnosen zu den Sinneswahrnehmungen, Sehhilfen (ja/nein), Welche Sehhilfen?, Hörgeräte (ja/nein), Welche Hörgeräte?, Kann Information zur Situation einholen verarbeiten und umsetzen (ja/nein), Pflegediagnose zu: Kann Information zur Situation einholen verarbeiten und umsetzen, Orientierung eingeschränkt (Zeitlich, Örtlich, Persönlich, Situativ, Beobachtungen), Pflegediagnosen zu Orientierung eingeschränkt, Kann Behandlungsprogramm akzeptieren und verstehen (ja/nein), Anmerkungen zu: Kann Behandlungsprogramm akzeptieren und verstehen, Pflegediagnosen zu: Kann Behandlungsprogramm akzeptieren und verstehen, Erkennt und trifft Gesundheitsfördernde Maßnahmen (ja/nein), Anmerkungen zu: Erkennt und trifft gesundheitsfördernde Massnahmen, Pflegediagnosen zu: Erkennt und trifft gesundheitsfördernde Massnahmen, Fähigkeiten vorhanden Ressourcen zu erkennen und anzunehmen, Pflegediagnose zu: Fähigkeiten vorhanden Ressourcen zu erkennen und anzunehmen, Bemerkbare Trauerreaktion/ Hinweise auf vermehrte Beschäftigung mit einem seelischen Trauma. (ja/nein), Anmerkungen zu: Bemerkbare Trauerreaktion/ Hinweise auf vermehrte Beschäftigung mit einem seelischen Trauma, Pflegediagnose zu: Bemerkbare Trauerreaktion/ Hinweise auf vermehrte Beschäftigung mit einem seelischen Trauma, Angstzustände (ja/nein), Anmerkungen / Beobachtungen zu den Angstzuständen, Diagnose zu den Angstzuständen, Gibt es eine Situation vor der Sie sich fürchten? (ja/nein), Anmerkung zu: Gibt es eine Situation vor der Sie sich fürchten?, Pflegediagnose zu: Gibt es eine Situation vor der Sie sich fürchten?)]</p>	
	<p>Testung Braden eines Patienten (Datum der Testung, Uhrzeit der Testung, Sensorisches Wahrnehmungsvermögen (Bewertung von "Nicht eingeschränkt" bis "Vollständig ausgefallen"), Feuchtigkeit (Bewertung von "Selten feucht" bis "Ständig feucht"), Aktivität (Bewertung von "Regelmäßiges Gehen" bis "Bettlägerig"), Mobilität (Bewertung von "Nicht eingeschränkt" bis "Vollständige Immobilität"), Ernährung (Bewertung von "Gute Ernährung" bis "Schlechte Ernährung"), Reibungs- und Scherkräfte (Bewertung von "Kein feststellbares Problem" bis "Problem"), Ergebnis der Testung: Summe, Risikoeinstufung Aufgrund der Testung,</p>	<p>01, 02, 03, 04</p>



	Evaluierung Aufgrund der Testung, Erzeuger, Änderer, Nächste Evaluierung am)	
	Dokumentation einer Wunde eines Patienten (Übersicht [Datum, Wundtyp, Lokalisation, Abschlussdatum, Eintrag erstellt von, Nächste Evaluierung am], Wundtyp, Wunde besteht seit, Lokalisation der Wunde, Anlagen zur Wunde (zB PDF Dateien von Voruntersuchungen), Grafische Darstellung der Wunde, Wundgröße, Beschreibung der Wunde, Taschenbildung der Wunde (ja/nein), Graduelle Einteilung der Wunde nach Shea (Grad I - IV), Entzündung/Infektion der Wunde, Wundgrund (Nekrose, Fibrin, Granulation, Epithelisierung), Wundgeruch (Art des Wundgeruchs), Beschreibung zu Wundgeruch, Wundexudation/Wundexsudat, Beschreibung zu Wundexsudation / Wundexsudat, Wundrand, Beschreibung zum Wundrand, Hautzustand Umgebung, Beschreibung zum Hautzustand Umgebung, Wundtherapie [Reinigung, Debridement, Material für die Wundtherapie, Hautpflege, Ärztliche Anordnung, Verbandswechsellzyklus, Beschreibung zum Verbandwechselzyklus, Wundrandschutz], Wundverlauf (Datum und Verlaufseintrag), Nächste Evaluierung, Bilddokumentation der Wunde)	01, 02, 03, 04
	Testung: Sturzrisiko nach Morse eines Patienten (Übersicht [Datum der Testung, Freigegeben durch, Ergebnisse der Testung, Risikoeinstufung aufgrund des Testergebnisses, Nächste Evaluierung am], Ergebnis der Testung [Datum, Uhrzeit, Ersteller, Freigegeben durch, Sturz ohne äußere Gewalteinwirkung während oder kurz vor stationärem Aufenthalt (ja/nein), mehr als eine Erkrankung bekannt (ja/nein), i.v.-Therapie (ja/nein), Gehhilfe (ohne/gestützt/Rollstuhl/Bettruhe oder Krücken/Gehstock/mechanische Gehilfe oder Abstützen an Möbeln/Wänden), Gangsicherheit (sicher/Bettruhe oder unsicher oder erheblich beeinträchtigt), Orientiertheit (Mobilität richtig eingeschätzt/befolgt Anweisungen/erbittet Hilfe oder Selbstüberschätzung/Vergessen von Anweisungen), Gesamtpunteezahl, Risikoeinstufung aufgrund der Testung, nächste Evaluierung am])	01, 02, 04
	Sturzprotokoll eines Patienten (Sturzdatum, Uhrzeit des Sturzes, gemeldet von, Wo wurde der Patient aufgefunden?, In welcher Lage haben Sie den Patienten gefunden?, Unter welchen Umständen ist der Sturz passiert?, Zustand des Patienten VOR dem Sturz [Mobilität, Orientierung, Desorientierung, Risikoeinschätzung nach Morse], Wurde eine Sturzprophylaxe durchgeführt? (ja/nein), Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, Zustand des Patienten nach dem Sturz [sichtbare Verletzungen, Schmerzen (Wo? Welche?), Dislokation, Beschädigung von Patienteneigentum], Weiteres Vorgehen nach dem Sturz [Versorgung Patient, Information Arzt, Vermerkung von Unfallhergang und -folgen, Sonstiges], Wurde die Sturzprophylaxe geändert? (ja/nein), Welche Maßnahmen wurden aufgrund der geänderten turzprophylaxe durchgeführt?)	01, 02, 04
	Testung: Barthel Index eines Patienten (Übersicht [Datum, Typ, Gesamtsumme, Summe Barthel/Frühreha, Ersteller, Nächste Evaluierung am], Frühreha-Index [Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand Aktuell/Letzte/Aufnahme, Absaugepflichtiges Tracheostoma Aktuell/Letzte/Aufnahme, Intermittierende Beatmung Aktuell/Letzte/Aufnahme, Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) Aktuell/Letzte/Aufnahme, Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- oder Fremdgefährdung) Aktuell/Letzte/Aufnahme, Schwere	01, 02, 03, 04

	<p>Verständigungsstörung Aktuell/Letzte/Aufnahme, Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung Aktuell/Letzte/Aufnahme, Verbandspflichtige Wunden Aktuell/Letzte/Aufnahme, Nächste Evaluierung am], Barthel-Index [Essen (Unabhängig / Braucht etwas Hilfe / Nicht selbstständig), Bett / (Roll)-Stuhltransfer (Unabhängig / Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung / Erhebliche Hilfe beim Transfer aber Lagewechsel selbstständig / Nicht selbstständig), Körperpflege (Unabhängig / Nicht selbstständig), Toilettenbenutzung (Unabhängig in allen Phasen / Hilfe oder Aufsicht / Nicht selbstständig), Baden &amp; Duschen (Unabhängig in allen Phasen / Nicht selbstständig), Gehen auf ebenem Grund bzw. Rollstuhlfahren (Unabhängig / Geringe Hilfe oder Überwachung / Nicht selbstständig beim Gehen aber Rollstuhl selbstständig bedienbar / Nicht selbstständig), Treppensteigen (Unabhängig / Benötigt Hilfe / Nicht Selbstständig), An- &amp; Auskleiden (Unabhängig / Benötigt Hilfe / Nicht Selbstständig), Stuhlkontrolle (Ständig kontinent / Gelegentlich inkontinent / Häufig oder ständig inkontinent), Urinkontrolle (Ständig kontinent / Gelegentlich inkontinent / Häufig oder ständig inkontinent), Gesamtsumme, Nächste Evaluierung am], Erweiterter Barthel-Index [Verstehen (Ungestört / komplexe Sachverhalte, aber nicht immer / einfache Aufforderungen / nicht vorhanden), Sich verständlich machen (Fast alles / Einfache Sachverhalte / Nicht oder fast nicht), Soziale Interaktion (Ungestört / Gelegentlich unkooperativ, aggressiv, distanzlos oder zurückgezogen / Immer oder fast unkooperativ), Lösen von Alltagsproblemen (Ungestört / Geringe Hilfestellung / Erhebliche Hilfestellung), Gedächtnis, Lernen und Orientierung (Ungestört / Muss gelegentlich erinnert werden oder verwendet externe Gedächtnishilfen / Muss häufig erinnert werden / Desorientiert), Sehen und Neglect (Ungestört / Schwere Lesestörung, findet sich aber in bekannter und unbekannter Umgebung zurecht / Findet sich nur in bekannter Umgebung zurecht / Findet sich nicht zurecht), Gesamtsumme, Nächste Evaluierung am, Versionierung sämtlicher Ergebnisse])</p>	
	<p>Testung Exsikkoserisiko eines Patienten (Übersicht [Datum der Testung, Freigabe der Testung durch, Ergebnisse der Testung, Risikoeinstufung, Nächste Evaluierung am], Ergebnis der Testung [Durstgefühl, Blutzuckerwert über 250 mg/%, Alzheimer / Demenz / Cerebralsklerose / Depression, Hypotonie, Einnahme von Diuretika und/oder blutdrucksenkender Medikamente, Nierenfunktionsstörung, Flüssigkeitszufuhr auf ärztliche Anordnung limitiert, vermehrtes Schwitzen, seltener und/oder harter Stuhlgang und/oder Kotsteine, Urin stark konzentriert, trockene Haut/Schleimhäute und reduzierter Hautturgor, Durchfall oder Erbrechen, Patient möchte nicht trinken, tägliche vereinbarte/notwendige Trinkmenge nicht ohne Hilfestellung/Anleitung erreichbar], Ersteller der Testung, Datum der Testung, Freigabe der Testung durch, Gesamtpunktzahl, Risikoeinstufung aufgrund des Testergebnisses, Nächste Evaluierung am)</p>	<p>01, 02, 04</p>
	<p>Testung PAS für Patienten (Übersicht [Datum der Testung, Freigabe der Testung, Ersteller der Testung, Einzelergebnisse/Gesamtergebnis der Testung, Nächste Evaluierung am], Datum der Testung, Ersteller der Testung, Bewertung 1 - 5 (völlig abhängig bis völlig unabhängig) der Testparameter [Essen und Trinken, Kontinenz, Körperhaltung, Mobilität,</p>	<p>01, 02, 04</p>

	Tag- und Nachtrhythmus, An- und Auskleiden, Körpertemperatur, Körperpflege, Vermeiden von Gefahren, Kommunikation, Kontakte mit anderen, Sinn für Regeln und Werte, Alltagsaktivitäten, Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung, Lernfähigkeit], Gesamtergebnis, Bemerkung zur Testung, Nächste Evaluierung am)	
	Protokoll eines Ereignisses bei einem Patienten (Zeitpunkt und Ort des Ereignisses, Welche Personen waren involviert?, Art des Ereignisses (Sturz, Dekubitus, Diebstahl, Sonstige Ereignisse), Information ergeht an (interne Adressaten), Beschreibung des Ereignisses, Maßnahmen und Lösungsvorschläge)	01, 02, 04
	Biographiebogen (Menschen, die besonders wichtig sind?, Beruflicher Werdegang?, Bisherige Wohnsituation?, Gewohnter / gewünschter Tagesablauf, Hobbys, Beschäftigung, Persönlichkeitsmerkmale?, Was ist Ihnen wichtig? Was brauchen Sie für Ihr Wohlbefinden?, Kontakt der religiösen Betreuung?, Konfession des Patienten?, Welche Rolle nimmt der Glaube in Ihrem Leben ein? Wünsche für die Zeit des Aufenthaltes?)	01, 02, 04
	Pflegeinformation für Entlassung / Transferierung eines Patienten (Station Bearbeiter, Durchwahl Bearbeiter, Empfänger der Pflegeinformation, Name Patient, Geschlecht, Geburtsdatum, Versicherung, Sozialversicherungsnummer, Zusatzversicherung, Rezeptgebührenbefreiung (ja/nein, bis), Sachwalter, Vertrauensperson, Stationsarzt, Pflege- und Betreuungsdiagnosen, Mobilität [Aufstehen, Gehen, Gehhilfen, Rollstuhl, Positionierung, Sonstiges], Körperpflege und Kleidung [Körperpflege, Ankleiden, Mundhygiene, Zahnprothese, Besonderheiten], Ernährung [Kostform/Diät Essen (selbstständig, Verabreichung, mundgerechte Zubereitung), Vorliebe/Abneigung, Sondenkost, Trinken], Ausscheidung (Harn, Stuhl, Sonstiges), Hautzustand [Allgemein, Dekubitus, Braden-Skala, Wunden, Weitere Hautveränderungen], Atmung [Atembeschwerden, Welche?, O2-Gabe, atemunterstützende Maßnahmen], Schlafen, Schmerz, Orientierung und Bewusstseinslage [Zeitlich, Örtlich, zur Person, Situativ], Soziale Umstände und Verhalten, Kommunikation [Sprache, Gehör, Sehen, Sonstiges], Rollenwahrnehmung und Sinnfindung, Medikamentenverabreichung (Einnahme, Sonstiges), Anmerkung zu Besonderheiten des Patienten, Anmerkung zu Allergien des Patienten, Spezielle Pflegemaßnahmen / Prophylaxen, Entlassungsmanagement [Anmerkung, mitgegebenes Eigentum, Pflegestufe], Patientenverfügungen, Datum, Ersteller)	01, 02, 03, 04
	Stammdatenblatt Pflege für einen Patienten (Aufnahme am, Entlassung am, Geriatrie-ID (ID für AGR Bench), Rezeptgebührenbefreiung (ja/nein), gebührenbefreit bis, Anrede Hausarzt, Vorname Hausarzt, Nachname Hausarzt, Straße Hausarzt, PLZ Hausarzt, Ort Hausarzt, Tel Hausarzt, Fax Hausarzt, E-Mail Hausarzt, Ordinationszeiten Hausarzt, Sachwalter - Vor- und Zuname, Sachwalter – Zusatzinformation, Sachwalter – Adresse, Sachwalter – Kennwort, Sachwalter – Telefonnummer, Vertrauenspersonen - Vor- und Zuname, Vertrauenspersonen – Zusatzinformation, Vertrauenspersonen – Adresse, Vertrauenspersonen – Kennwort, Vertrauenspersonen – Telefonnummer, Vorsorgevollmacht (ja/nein), Gesetzl. Angehörigenvertretung (ja/nein), Patientenverfügung (ja/nein Verbindlich beachtlich), Testament (ja/nein), e-card (ja/nein), Bankomatkarte ja/nein, Sonstiges (Bemerkung), persönliche Hilfsmittel	01, 02, 04

	(Anzahl, Typ), PflegegeldEinstufung (Datum, Stufe, Bemerkung), Impfprophylaxen, Sonstige wichtige Informationen zum Patienten)	
	Stammdatenblatt Pflege für einen Patienten 2 (Testament (ja/nein))	01, 02, 03, 04
	Physiotherapie: Medizinische Trainingstherapie für einen Patienten (Übersicht [Selbstständig mobil (ja/nein), Therapeut, Besonderheiten bei Patient, Angelegt von, Datum, Einzelergebnisse], Selbstständig mobil (ja/nein), Name und Telefonnummer Therapeut, Besonderheiten beim Medizinischen Training, Datum des Trainings, Angelegt von, Chest press (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Bizeps (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Lat pull (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Push up (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Pull down (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Leg extension (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Leg curl (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Leg press (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Adduction (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Adduction (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Ergofit 3000 (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Ergofit 3000 Sitz (Last, Serv., Wdh, Bemerkung), Fitness 2002 c (Last, Serv., Wdh, Bemerkung))	01, 02, 04
	Physiotherapeutischer Befund eines Patienten (Status [Therapeutisches Hauptproblem, Therapieziel, Therapieform, Patientenziel, Lokalisation der Beschwerden, Beschreibung der Lokalisation, Narbe, Schmerzintensität, Gehstrecke, GG-Störung, Schwindel (ja/nein beschreibung), Hilfsmittel, Gangbewertung, Treppe, Sensibilität, Parästhesien, Schmerzintensität, Babinsky, Klonus, Reithosenanästhesie, Gehen auf Watte, Schindel, Pins an needles, Blase und Darm, Husten und Niesen, Beschreibung ZNS, Narbe, Allgemeine Einschränkungen], Obere Extremität (OEX) [Muskelname, rechts (0-5 und nicht ausführbar), links (0-5 und nicht ausführbar), Scapula, Scapula Humeraler Rhythmus, Schultergelenke, Arm Abduktion / Adduktion, Arm Retroversion / Elevation, Arm Außerrotation / Innenrotation (Oberarm anliegend), Arm Außerrotation / Innenrotation (oberarm 90° seitw. Abgeh.), Ellenbogengelenke / Unterarmdrehung, Supination / Pronation, Dorsalflexion / Volarflexion, Ulnarduktion / Radialduktion, Finger, Sonstiges zu OEX], Untere Extremität (UEX) [Muskelname, rechts (0-5 und nicht ausführbar), links (0-5 und nicht ausführbar), Beckenstand, Hüftgelenke (Extension / Flexion), Abduktion / Adduktion, Außenrotation / Innenrotation (Hüftgelenk 90° gebeugt), Außenrotation / Innenrotation (Hüftgelenk gestreckt), Horizontale Abd / Add (Hüftgelenk 90° gebeugt), Bemerkung zu Hüftgelenk, Kniegelenke (Extension / Flexion), Außenrotation / Innenrotation (Knie 90° gebeugt), Bemerkung zu Kniegelenk, Obere Sprunggelenke (Dorsalextension / Plantarflexion), Bemerkung zu obere Sprunggelenke, Untere Sprunggelenke (Pronation / Supinsation), Bemerkung zu untere Sprunggelenke, Mittelfußknochen / Zehen, Sonstiges zu UEX], Neurobefund [Kommunikation (1-3), Augencode(1-3), Reaktion(1-3), Vigilanz / Aufmerksamkeit(1-3), Orientierung(1-3), Antrieb(1-3), Vegetative Stabilität(1-3), Störung der Aufmerksamkeit (ja/nein), Störung der räuml. Wahrnehmung (ja/nein), Störung des Körperschemas (ja/nein), Apraxie (ja/nein), Neglect (ja/nein), Bewegungen und Bewegungsübergänge, Kopfkontrolle (1-6), Drehen im Bett (1-6), Liegen <-> Sitz (1-6), Sitz (1-6), Bett -> Stuhl (1-6), Stuhl -> Bett (1-6), Sitz <-> Stand (1-6), Stand(1-6), Gehen(1-6), Standbein(1-6), Spielbein(1-6), Treppe aufwärts(1-6), Treppe abwärts(1-6), obere Extremität(1-6), Armaktivität rechts(1-6),	01, 02, 04

	Armaktivität links(1-6), Armfunktion rechts(1-6), Armfunktion links(1-6), Handaktivität rechts (1-6), Handaktivität links (1-6), Handfunktion rechts(1-6), Handfunktion links(1-6), subluzierte Schulter links ja/nein, subluzierte Schulter rechts ja/nein, schmerzhafte Schulter links ja/nein, schmerzhafte Schulter rechts ja/nein, untere Extremität Rechts, untere Extremität Links, Probleme links, Probleme rechts, Odeme links ja/nein , Kontrakturen links ja/nein, Schmerzen links ja/nein, Odeme rechts ja/nein, Kontrakturen rechts ja/nein, Schmerzen rechts ja/nein, Gleichgewichtsreaktionen Rechts, Gleichgewichtsreaktionen Links, Equilibrium ja/nein Rechts, Equilibrium ja/nein Links, stab. GGR ja/nein rechts, stab. GGR ja/nein links, dy. GGR ja/nein rechts, dy. GGR ja/nein links, Sensibilität, eine Berührung, Spitz / Stumpf, Warm / kalt))	
	Patiententest: Tinetti (Test [Sitzbalance, Aufstehen, Versuche aufzustehen, Unmittelbare Stehbalance (erste 5 Sekunden), Stehbalance (Füße nahe beieinander haltend), Stoß gegen die Brust (3x leicht), Augen geschlossen (Füße beieinander haltend), Drehung um 360°, Absitzen, Beginn des Gangs (nach dem Befehl zu gehen), Schrittlänge rechtes Schwungbein, Schritthöhe rechtes Schwungbein, Schrittlänge linkes Schwungbein, Schritthöhe linkes Schwungbein, Gangsymmetrie, Schrittcontinuität, Wegabweichung, Rumpfstabilität, Schrittbreite], Ergebnis des Tests [Gleichgewicht, Gehprobe, Gesamt], Test vom Patienten abgelehnt (ja/nein), Test wegen Patient nicht durchführbar (ja/nein), Test aufgrund struktureller Gegebenheiten nicht durchführbar (ja/nein), Ersteller, Datum)	01, 02, 03, 04
	Patiententest: Timed up and go (TUG) (Von einem Sessel mit Rückenlehne aufstehen, 3 Meter gehen, Umkehren, zurück gehen und hinsetzen (Dauer), Test nicht durchgeführt: vom Patienten abgelehnt (ja/nein), nicht durchführbar wegen Patienten (ja/nein), aufgrund strukturelle Gegebenheiten (ja/nein))	01, 02, 03, 04
	Patiententest: Esslinger Transferskala (H0: keine personelle Hilfe erforderlich, sicher, H1: spontane, ungeschulte Laienhilfe ausreichend oder Anleitung bzw. Überwachung, H2. geschulte Laienhilfe erforderlich (nach ca. zweimal 1/2 Stunde Schulungszeit), H3: professioneller Helfer erforderlich (gut ausgebildete Pflegeperson oder Therapeut), H4: ein professioneller Helfer nicht ausreichend)	01, 02, 03, 04
	Patiententest: Hilfsmittel (verwendetes Hilfsmittel [keines, Stock, Krücke, Rollmobil, Rollator, Gehgestell, Rollstuhl])	01, 02, 03, 04
	Patiententest: Trunc Control Test (Drehung aus Rückenlage zur betroffenen Seite (nicht möglich, mit Hilfe, normal), Drehung aus Rückenlage zur nicht betroffenen Seite (nicht möglich, mit Hilfe, normal), Aufsetzen aus dem Liegen (nicht möglich, mit Hilfe, normal), Sitzbalance an der Bettkante, 60 Sekunden (nicht möglich, mit Hilfe, normal))	01, 02, 03, 04
	Ergotherapeutischer Befund eines Patienten (Kontext / Umweltfaktoren [Therapeut. Hauptproblem, Therapieziel, Therapieform, Patientenziel, Wohnsituation (z.B. Alleine, Wohnung, mit Ehepartner, Ausstattung Badezimmer, etc.), Hilfsmittelverwendung, Gemeinschafts- und Sozialleben (Verheiratet etc.), Kinder, Angehörige / Freunde, Beruf, Hobbies, Vorhandene Hilfsmittel {Rollstuhl, Rollator etc., Brille (ja/nein Bemerkung), Hörgerät (ja/nein Bemerkung), Anitthrombosestrümpfe (ja/nein Bemerkung), Schienen (ja/nein Bemerkung), Prothesen (ja/nein Bemerkung), Sonstiges (ja/nein Bemerkung), Bemerkungen zu vorhandene	01, 02, 04

	<p>Hilfsmittel}, Äußeres Erscheinungsbild {Stimme, Blick, Mimik, Augen, Mund, Körperhaltung, Gangbild, Armbewegung, Ansprache / Kontaktaufnahme, Rituale, Verhalten, Bemerkung zum äußeren Erscheinungsbild}}, Transfer [Lagewechsel {Drehen zur linken Seite, Drehen zur rechten Seite, Vom Liegen in den Sitz, Vom Sitz ins Liegen, Bemerkung zum Lagewechsel}, Transfer {Vom Sitz in den Rollstuhl, Vom Rollstuhl zurück, Vom Sitz zum Stand, Vom Stand in den Sitz, Bemerkung zum Transfer}, Toilettengang {Art des Toilettengangs (z.B. Selbstständig), Bemerkung zum Toilettengang}}, Mobilität [Sitz im Rollstuhl Innenbereich, Sitz im Rollstuhl Außenbereich, Sitz im Rollstuhl Bemerkung, Vorwärtsfahren Innenbereich, Vorwärtsfahren Außenbereich, Vorwärtsfahren Bemerkung, Lenken Innenbereich, Lenken Außenbereich, Lenken Bemerkung, Funk. Details bedienen Innenbereich, Funk. Details bedienen Außenbereich, Funk. Details bedienen Bemerkung, Gehen m. Hilfsmittel / Personen Innenbereich, Gehen m. Hilfsmittel / Personen Außenbereich, Gehen m. Hilfsmittel / Personen Bemerkung, Freies Gehen selbstständig Innenbereich, Freies Gehen selbstständig Außenbereich, Freies Gehen selbstständig Bemerkungen, Öffentliche Verkehrsmittel, Öffentliche Verkehrsmittel Bemerkung, Taxi bestellen, Taxi bestellen Bemerkung, Auto einsteigen, Auto einsteigen Bemerkung, Bemerkungen zu Mobilität], Rumpf [Sitz frei, Sitz stabil, Sitz gelagert, Sitz Bemerkungen, Gleichgewichtsunsicherheit im Sitz, Gleichgewichtsreaktionen, Assoziierte Reaktionen, Schwindelgefühl, Bemerkung Gleichgewichtsunsicherheit im Sitz / Schwindelgefühl, Kann sich aufrichten, Aufrichten halten, Kann sich nach vorne beugen, Kann rotieren, Lateralflexion möglich, Bemerkungen Rumpfbewegungen, Tonus {normal (links, rechts), hypoton (links, rechts), hyperton (links, rechts), Tonus Bemerkungen}, Körpersymmetrie, Pushersymptomatik, Kopfhaltung, Kopfbewegung, Bemerkungen zu Körpersymmetrie / Pushersymptomatik / Kopf], Obere Extremitäten (OEX) [Hämatom (rechts, links, Bemerkung), Sublux (rechts, links, Bemerkung), Ödem (rechts, links, Bemerkung), Schmerz (rechts, links, Bemerkung), Handkraft, Scapula, Scapula Humeraler Rhythmus, Schultergelenke (Arm Abduktion / Adduktion), Arm Retroversion / Elevation, Arm Außerrotation / Innenrotation (Oberarm anliegend), Arm Außerrotation / innenrotation (90°), Bemerkung Schultergelenke, Ellbogengelenke (Extension / Flexion, Bemerkungen Ellbogengelenke), Unterarmdrehung (Subination / Pronation, Bemerkungen Unterarmdrehung), Handgelenke (Dorsaflexion / Volarflexion, Bemerkungen zu Handgelenke), Armfunktion/ Funktionelle Fähigkeiten (Armfunktion (Rechts, Links)), Bemerkung zu Armfunktion, Funkt. Fähigkeiten (Rechts, Links), Tonus / Assoziierte Reaktionen {hygoton (rechts, links, Bemerkung), hyperton (rechts, links, Bemerkung), spastisch (rechts, links, Bemerkung), ataktisch (rechts, links, Bemerkung), rigid (rechts, links, Bemerkung), normoton (rechts, links, Bemerkung), Assoziierte Reaktionen}, Komplexbewegungen / Koordination {Schürzengriff (rechts, links, beidseits, Bemerkung), Nackengriff (rechts, links, beidseits, Bemerkung), Schultergriff (rechts, links, beidseits, Bemerkung), Hand-Hand (rechts, links, beidseits, Bemerkung), Hand-Augen (rechts, links, beidseits, Bemerkung), Hand-Mund (rechts, links, beidseits, Bemerkung)}, Feinmotorik [Händigkeit / FKHA / Handgriffe {Händigkeit (rechts, links, umgelernt), Finger-Kuppen-Hohlhand-Abstand, Spitzgriff Rechts, Dreifingergriff</p>	
--	--	--

	<p>Rechts, Faustgriff Rechts, und öffnen rechts, Schlüsselgriff rechts, Pinzettengriff rechts, Opposition rechts, Lumbricalgriff rechts, Spitzgriff Links, Dreifingergriff links, Faustgriff links, und öffnen links, Schlüsselgriff links, Pinzettengriff links, Opposition links, Lumbricalgriff links, Bemerkungen zu Händigkeit}, Feinmotorische Tätigkeiten {Nine-Hole-Peg-Test Rechts, Nine-Hole-Peg-Test links, Münze vom Tisch aufheben rechts, Löffel zum Mund führen rechts, Knöpfeln rechts, Reißverschluss öffnen und Schließen rechts, Stift halten und schreiben rechts, Glas greifen und zum Mund führen rechts, Schlüssel in Schloss stecken und umdrehen rechts, Papier falten rechts, Verschluss aufdrehen rechts, Papier knüllen rechts, Lappen auswringen rechts, Besteckgebrauch rechts, Schleife binden rechts, Strumpf hochziehen rechts, Münze vom Tisch aufheben links, Löffel zum Mund führen links, Knöpfeln links, Reißverschluss öffnen und Schließen links, Stift halten und schreiben links, Glas greifen und zum Mund führen links, Schlüssel in Schloss stecken und umdrehen links, Papier falten links, Verschluss aufdrehen links, Papier knüllen links, Lappen auswringen links, Besteckgebrauch links, Schleife binden links, Strumpf hochziehen links, Bemerkungen zu feinmotorische Tätigkeiten}, Gelenksmessung Finger DIG I {Sattelgelenk (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts), MCP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts), IP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts)}, Gelenksmessung Finger DIG II {MCP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts), PIP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts), DIP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts)}, Gelenksmessung Finger DIG III {MCP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts), PIP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts), DIP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts)}, Gelenksmessung Finger DIG IV {MCP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts), PIP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts), DIP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts)}, Gelenksmessung Finger DIG V {MCP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts), PIP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts), DIP (Aktiv (links, rechts)), Passiv (links, rechts), Bemerkungen zur Gelenksmessung}}, Sensibilität [Tiefensensibilität {Schultergelenk rechts, Ellbogengelenk rechts, Handgelenk rechts, Finger rechts, Schultergelenk links, Ellbogengelenk links, Handgelenk links, Finger links, Bemerkungen zu Tiefensensibilität}, Oberflächensensibilität {Berührung rechts, Lokalisation rechts, Temperatur rechts, Schmerz rechts, 2-Punkt Diskrimination rechts, Schutz Sensibilität rechts, Stereognosie rechts, Berührung links, Lokalisation links, Temperatur links, Schmerz links, 2-Punkt Diskrimination links, Schutz Sensibilität links, Stereognosie links, Extrinktionsphänomen, Bemerkungen zu Oberflächensensibilität}], Neuropsychologische Auffälligkeiten [Hemianopsie, Neglect, Bemerkungen zu Hemianopsie und Neglect, Vigilanz, Awareness, Agnosie, visuell (rechts links Bemerkung), taktil (rechts links Bemerkung), akustisch (rechts links Bemerkung), Perseveration (ja/nein Bemerkung), Apraxien (Keine, leichte, mittlere, starke, Bemerkung), Orientierung im Raum, räumliche Vorstellung bei Neuropsychologische Auffälligkeiten, Gedächtnisstörung, Orientierung – Zeitlich, Orientierung Örtlich, Orientierung Situativ, Orientierung - zur eigenen Person, Konzentrationsfähigkeit, Stimmung, Antrieb], ADL/IADL [ADL's {Körperhygiene &lt;Ganzkörper, Oberkörper, Unterkörper, Bemerkung zu Körperhygiene&gt;, Auskleiden &lt;Ganzkörper,</p>	
--	--	--

	Oberkörper, Unterkörper, Bemerkungen zu Auskleiden>, Ankleiden <Ganzkörper, Oberkörper, Unterkörper, Bemerkungen zu Ankleiden>, Essen / Trinken, Bemerkungen zu Essen / Trinken}, IADL's {IADL's Test (Planen einer Mahlzeit (Bemerkung zu), Zubereitung einer kalten Mahlzeit (Bemerkung zu), Zubereitung einer warmen Mahlzeit (Bemerkung zu), Geschirr abwaschen und abtrocknen (Bemerkung zu), Gegenstand transportieren in den Schrank räumen (Bemerkung zu), Haushaltsverrichtungen (Bemerkung zu), Telefonieren (Bemerkung zu), Medikamente richten und einnehmen (Bemerkung zu), Einkaufen / Tasche tragen (Bemerkung zu), Umgang mit Geld (Bemerkung zu), Bemerkungen zu IADL's}}})	
	Handkrafttest eines Patienten (Handkrafttest (rechts, links), Test vom Patient abgelehnt, Test nicht durchführbar, Test nicht durchführbar aufgrund strukt. Gegebenheit, Datum der Testung, Bearbeitung der Testung)	01, 02, 03, 04
	Logopädischer Befund eines Patienten (Aphasie und Sprechapraxie [Aphasie (ja/nein), Aphasieform, Schweregrad, Allgemeine Kommunikationsfähigkeit, Bejahung / Verneinung, Situatives Sprachverständnis, Auditives Sprachverständnis, Verstehen von Aufforderungen, Wortfindung, Beschreiben (Handlungsbilder), Spontansprache, Automatisierte Leistungen, Semantische Paraphrasen, Phonematische Paraphrasen, Lesesinnverständnis, Expressives leben, Kopieren, Schreiben nach Diktat, Bemerkung zur Schriftsprache, Apraxie ja/nein, Sprechapraxie ja/nein, Buccofaciale Apraxie ja/nein, Bemerkungen zur Apraxie], Dysphagie [Dysphagie (ja/nein), Logopädische Diagnose, Ernährung bei Befunderhebung, Kognition, Vigilanz, Visus, Rumpfstabilität, Kopfhaltung, Hemiparese, Kehlkopfbeweglichkeit, Husten / Räuspern, Artikulationszone, Tonus, Facialispause, Mundschluss, Salivation, Lippenbewegungen, Zungenbewegungen, Kieferbewegungen, Mahlbewegungen, Zahnstatus, Sensibilität, Schluckreflexe, Pathologische Reflexe, Phonation, Velum, Aspirationsgefahr, Stimmklang nach Schlucken, Unklare Fieberschübe, Weitere Besonderheiten, Empfehlung aufgrund des Befundes (Dysphagierkoststufe, Getränke andicken)], Dysarthrie [Dysarthrie (ja/nein), Logopädische Diagnose, Sprachproduktion, Verständlichkeit, Mimik, Facialispause, Mundschluss in Ruhe, Zunge in Ruhe, Zungenform, Kiefer in Ruhe, Salivation, Lippenbewegungen, Zungenbewegungen, Kieferbewegungen, Gaumensegel in Ruhe, Gaumensegel bei Phonation, Schluckreflex, Hustenreflex, Würgereflex, alatalreflex, Artikulationschärfe, verkürzte Expirationsphase, hörbare Einatmung, costoabdominal, thorakal, inspiratorische Sprechen, zu häufige Einatmung, thorakal, clavicular, Stimmklang, Stimmlautstärke, Resonanzbildung, Prosodie, Bemerkung zu Prosodie])	01, 02, 04
	Logopädischer Kurzbefund eines Patienten (Spontansprache, Kommunikation, Sprachverständnis (situativ, auditiv, Leseverständnis), Schriftsprache, Wortfindung, Sprechapraxie, Dysarthrophonie, Facialispause, Dysphagie, Ernährung, Nahrungskonsistenz, Kognition, Allgemeinzustand/ Motivation/ Kooperation, Sonstiges (Zahnstatus, Brille, Hörgerät))	01, 02, 04
	Logopädischer Spezial-Kurzbefund eines Patienten (Wachheit/ Aufmerksamkeit/ Kooperationsfähigkeit, Kommunikationsverhalten, Sprachverständnis, Atmung/ Stimmgebung/ Artikulation, Mimische Muskulatur,	01, 02, 04



	Kopfkontrolle, Schlucken, Mundpflege, Kognition, Allgemeinzustand, Sonstiges (Trachealkanüle, Zahnstatus, Brille, Hörgerät), Weiterführende Testverfahren)	
	Diätologischer Befund eines Patienten (Diätologische Anamnese [Appetit {gut, wenig, schlecht, Morgens, Mittags, Abends}, Gewichtsverlauf (Verlust), Wer kocht?, Sonstige Informationen zu: Wer kocht?, Schluckprobleme (ja/nein Bemerkung), Kauprobleme (ja/nein Bemerkung), Selbstständige Nahrungsaufnahme, Verdauungsprobleme (ja/nein), Tägl. Trinkmenge in Liter, Welche Getränke?, Trinkverhalten und Durstempfinden, Portionsgröße, Frühstück, Vormittag, Mittag, Nachmittag, Abend, Spätmahlzeit], Diätologischer Befund [Therapieziel, Therapieplanung, Alter, Größe, Gewicht in kg, Geschlecht, Datum, akt. Gewicht, Eiweißbedarf, Energiebedarf, Flüssigkeitsbedarf, BIA-Messung])	01, 02, 04
	Klinisch Psychologischer Befund eines Patienten (Klinisch Psychologischer Befund [Stellungnahme, MMSE, UT, GDS, Empfehlungen aus Befund, Ergebnisse der Kognitiven Screening Verfahren {MMSE, Orientierung, Persönlich, örtlich, zeitlich, Wortflüssigkeit, Phonematisch, semantisch, Auffälligkeiten, Erkenntnis aus Testung, Vergleich mit vorangegangenen Testungen}, Depression / Angst {GDS, Einstufung, Suizidgefährdung, Vergleich mit vorangegangenen Testungen}, Vorbefunde {Datum, MMSE, GDS, UT, Bemerkung zu Vorbefunden}, Verhalten in der Testsituation, Einschränkungen mit Einfluss auf die Testergebnisse, Zusätzliche Testungen], OF/ WFL/ UT [Warum hier?, Persönliche Orientierung {Vorname, Alter, Geb. Datum, Familienstand, Kinder, Beruf, Anzahl der Schuljahre, Interpretation der Antworten persönliche Orientierung}, Örtliche Orientierung {Klinik, Stockwerk, Stadt, Bezirk, Land, Bundesland, Interpretation der Antworten örtliche Orientierung}, Zeitliche Orientierung {Jahr, Monat, Datum, Wochentag, Uhrzeit, Jahreszeit, Interpretation der Antworten zeitliche Orientierung}, Uhrentest {grafische Darstellung, Zahl 12 korrekt platziert?, 12 Zahlen vorhanden?, 2 Zeiger unterscheidbar?, Zeit richtig eingetragen?, Interpretation der Antworten aus Uhrentest}, Wortflüssigkeit (Phonematisch, Semantisch)], Test MMSE [Was für ein Datum ist heute?, Welcher Wochentag?, Was für ein Monat?, Welche Jahreszeit?, In welchem Bundesland?, In welchem Land?, In welcher Stadt?, Wo sind wir hier?, In welchem Stockwerk?, Wörter wiederholen: Auto, Blume, Kerze, Von der Zahl 100 jeweils 7 abziehen (x mal), Was ist das (Armbanduhr)?, Was ist das (Bleistift)?, Sprechen Sie nach: 'Sie leiht ihm kein Geld mehr', Nehmen Sie das Blatt Papier mit Ihrer rechten Hand falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden, Lesen Sie das laut vor und führen Sie es bitte aus, Schreiben Sie bitte einen vollständigen Satz, Zeichnen Sie bitte diese Figur nach, Summe, Einstufung, Test vom Patient abgelehnt, Test nicht durchführbar wegen Patient, Test nicht durchführbar wegen strukturellen Gegebenheiten, Bemerkungen zum MMSE Test], Test GDS [Sind Sie im Wesentlichen mit Ihrem Leben zufrieden?, Haben Sie viele Ihrer Interessen oder Aktivitäten aufgegeben?, Haben Sie das Gefühl dass Ihr Leben leer ist?, Sind Sie oft gelangweilt?, Haben Sie meistens gute Laune?, Sind Sie besorgt darüber dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte? Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?, Fühlen Sie sich oft hilflos?, Ziehen Sie es vor zu Hause zu bleiben anstatt rauszugehen und sich mit et-	01, 02, 03, 04

	was Neuem zu beschäftigen?, Haben Sie den Eindruck mit dem Gedächtnis in letzter Zeit mehr als sonst Probleme zu haben?, Finden Sie es schön jetzt in dieser Zeit zu leben?, Fühlen Sie sich so wie Sie im Augenblick sind wertlos?, Fühlen Sie sich voller Energie?, Haben Sie das Gefühl dass Ihre Situation hoffnungslos ist?, Haben Sie den Eindruck dass es den meisten Menschen besser geht als Ihnen?, Bemerkungen zur GDS, Ergebnissumme, Einstufung, Test vom Patient abgelehnt, Test nicht durchführbar wegen Patient, Test nicht durchführbar wegen strukturellen Gegebenheiten, Stimmung, Befindlichkeit, Appetit, Schlaf, Suizidgedanken, Suizidgefährdung, Wunsch, Betreuung, Antidepressiva, Hauptsymptome und Belastungen, körperliche Beeinträchtigung, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit, Sozialer Rückzug, Familiäre Belastungen, Ängste, Schmerzen, Verlusterlebnisse, Soziale Isolation])	
	Befund aus dem Sozialen Dienst für einen Patienten (Sozialdienst [Wohnsituation, Soziales Umfeld, Betreuung, Essensdienst, Rufhilfe, Pflegegeld vorhanden, Pflegestufe, Pflegegeld Antrag laufend, Reha-Antrag, Gesetzlicher Vertreter, Sonstiges zum sozialen Umfeld des Patienten], Betreuungssituation [ohne Hilfe, familiäre Hilfe, Informal Care Giver, hausärztliche Betreuung, professionelle Heimhilfe, mobile Krankenpflege, 24-Stunden-Betreuung (zu Hause, im Pflegeheim, mit/ohne med. Betreuung), geriatriische Tagesklinik, Tageszentrum, unbekannt])	01, 02, 04
	Protokoll einer Teambesprechung über einen Patienten (Besprechungsdatum, Bespr.art, Teilnehmer, Übergeordnete Zielsetzung, Hauptproblem der Ärzte, Etappenziel der Ärzte, Besonderheiten bei Patienten der Ärzte, Durchführung aus Bereich Ärzte, Hauptproblem der Pflege, Etappenziel der Pflege, Besonderheiten bei Patienten der Pflege, Durchführung aus Bereich Pflege, Hauptproblem der Physiotherapie, Etappenziel der Physiotherapie, Besonderheiten bei Patienten der Physiotherapie, Durchführung aus Bereich Physiotherapie, Hauptproblem der Ergotherapie, Etappenziel der Ergotherapie, Besonderheiten bei Patienten der Ergotherapie, Durchführung aus Bereich Ergotherapie, Hauptproblem der Logopädie, Etappenziel der Logopädie, Besonderheiten bei Patienten der Logopädie, Durchführung aus Bereich Logopädie, Hauptproblem der Soziales, Etappenziel der Soziales, Besonderheiten bei Patienten der Soziales, Durchführung aus Bereich Soziales, Hauptproblem der Psychologie, Etappenziel der Psychologie, Besonderheiten bei Patienten der Psychologie, Durchführung aus Bereich Psychologie, Hauptproblem der Sonstige Berufsgruppen, Etappenziel der Sonstige Berufsgruppen, Besonderheiten bei Patienten der Sonstige Berufsgruppen, Durchführung aus Bereich Sonstige Berufsgruppen)	01, 02, 04
	Testung Patient: EFA Scale (Übersicht [Datum des Tests, Freigegeben durch, Testergebnisse, Gesamtpunktezah, Nächste Evaluierung am], Vegetativum [Vegetative Stabilität, Wachheit, Lagerungstoleranz, Ausscheidung/Kontinenz], Facio-oraler Bereich [FO-Stimulation/Mundhygiene/Zähneputzen, Schlucken, Zungenbeweglichkeit/Kauen, Mimik], Sensorik [Tonus, Rumpfkontrolle/Sitzen, Kopfkontrolle, Transfer, Stehen, Willkürmotorik, Fortbewegung/Mobilität im Rollstuhl], Sensorisch-kognitive Funktionen [Taktile Information, Visuelle Information, Akustische Information, Kommunikation, Situationsverständnis/ADL])	01, 02, 04

	<p>Testung: AGR Benchmark (Zentrums ID, Patienten-ID, Geburtsdatum, Initialen, Geschlecht, Geriatrie-ID, Zuweisung [Aufnahmetyp, Aufnahmeindikatoren, postoperative Situation ja/nein, Aufnahme datum, Datum des auslösendes Ereignisses, geriatriische Hauptdiagnose, auslösende Aufnahme diagnose, strukt. Geriatriische Anamnese ja/nein, Gewicht bei Aufnahme, Gewicht bei Entlassung, Größe, BMI bei Aufnahme, zuweisende Einrichtung, soziales Umfeld, Vorinformationen, Zahl tagesklinischer Behandlungen, Barthel-Index Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, IADL Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, MNA Short Form Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, Timed Up&amp;Go Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, Tinetti Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, 6 Min. Walking Test Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, Esslinger Transferskala Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, MMSE Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, Uhrentest Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, GDS Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, Handkraft Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, Hilfsmittel Ergebnis bei Aufnahme/Entlassung, Mark 1, Mark 2, Entlassungsdatum, Information an Hausarzt am Entlasstag (ja/nein/welche)), Diagnosen [führende geriatriische Funktionsstörungen {Immobilität ja/nein, Sturzneigung ja/nein, Schwindel ja/nein, kognitive Defizite ja/nein, Inkontinenz ja/nein, Dekubitalulcera ja/nein, Fehl- und Mangelernährung ja/nein, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt ja/nein, Kommunikationsstörungen ja/nein, Schluckstörungen ja/nein, Depression, Angststörung ja/nein, Schmerz ja/nein, Sensibilitätsstörungen ja/nein, herabgesetzte Belastbarkeit ja/nein, Gebrechlichkeit (Fraility) ja/nein, starke Sehbehinderung ja/nein, starke Hörbehinderung ja/nein, Medikationsprobleme ja/nein, hohes Komplikationsrisiko ja/nein, verzögerte Rekonvaleszent ja/nein, andere führende geriatriischen Funktionsstörungen ja/nein}, diagnostische Leistungen {Gastrointestinalendoskopie ja/nein, andere Endoskopie ja/nein, Radiologie ja/nein, Ultraschall ja/nein, Angiologie ja/nein, EMG, ENG ja/nein, EEG ja/nein, EKG ja/nein, Labor ja/nein, apparative Balance- und Ganganalyse ja/nein, App. Monitoring ja/nein, kardiologische Funktionsdiagnostik ja/nein, pulmologische Funktionsdiagnostik ja/nein, Pathologie (Histologie und Bakteriologie) ja/nein, diagnostischer Hausbesuch ja/nein, apparativ unterstützte Kraftmessung ja/nein, andere diagnostische Leistungen ja/nein, keine diagnostischen Leistungen ja/nein}, Begleiterkrankungen bei Aufnahme (bekannte, neue), Therapeutische Leistungen, Konsiliarleistungen], Entlassung [Heilbehelfe bei Aufnahme/Entlassung, Hilfsmittel bei Aufnahme/Entlassung, Prothesen bei Aufnahme/Entlassung, ADS-Dekubitussystem bei Aufnahme/Entlassung, Pflegegeld beantragt bei Aufnahme/Entlassung, protektive Maßnahmen bei Aufnahme/Entlassung, Wohnungsadaption bei Aufnahme/Entlassung, PEG-Sonde bei Aufnahme/Entlassung, Anzahl pharmakologischer Wirkstoffe, Änderung in Medikation ja/nein, Harninkontinenz bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, Stuhlinkontinenz bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, Dauerkatheter bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, Betreuungssituation {ohne Hilfe bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, familiäre Hilfe bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, Informal Care Giver bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, hausärztliche Betreuung bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, professionelle Heimhilfe bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, mo-</p>	<p>01, 02, 04</p>
--	---	-------------------

	bile Krankenpflege bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, 24-Stunden-Betreuung (zu Hause, im Pflegeheim), mit/ohne med. Betreuung) bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, geriatrische Tagesklinik bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, Tageszentrum bei Aufnahme/Entlassung ja/nein, unbekannt bei Aufnahme/Entlassung ja/nein}, Therapieende {Therapieziel erreicht ja/nein/teilweise, Grund für Therapieende, wohin direkt entlassen}})	
	Testung Patient: JFK (Übersicht [Datum/Uhrzeit der Testung, Diagnose, Ergebnis der Testung (Summe und Einzelergebnisse), Ersteller der Testung, Evaluierungsdatum], Datum/Uhrzeit der Testung, Ersteller, Bewertung der Testparameter nach Punkten [Auditive Funktionen, Visuelle Funktionen, Motorische Funktionen, Oromotorische/Verbale Funktionen, Kommunikationsskala, Arousskala], Gesamtsumme, Diagnose aufgrund der Testergebnisse, Evaluierung am, Freigabe der Testung)	01, 02, 04
	Testung Patient: IMC Benchmark (Zentrums ID, Patienten-ID, Initialen Patient, Geschlecht, Geriatrie ID, Hauptdiagnose, Alter, Aufnahme datum, Entlassdatum, Gewicht bei Aufnahme/Entlassung, Größe, BMI bei Aufnahme, Nascher Score bei Aufnahme, Barthel Index bei Aufnahme/Entlassung, MMSE bei Aufnahme, GDS bei Aufnahme, MNA bei Aufnahme, Mobilität bei Aufnahme/Entlassung, Medikamente bei Aufnahme/Entlassung, Betreuung vorher/nachher [zu Hause, Pflegewohnheim, Krankenhaus, Rehab, AG/R, med. Geriatrie, andere, Patient auf IMC verstorben], Ziel der Behandlung auf IMC, Therapieziel erreicht (ja/nein/teilweise), Vollzahler (ja/nein), Freigegeben am, Freigegeben durch)	01, 02, 04
	Testung Patient: Pflegebedürfnis-Erhebung nach Prof. Erwin Böhm (Übersicht [Datum, Erstellt von, Evaluierungsdatum], Name Patient, Geburtsdatum, Anwesende bei psycho-biographischer Erhebung, Hauptproblem, Erstellt am, Evaluierung am, Pflegebedürfnisse [Instabile Situation / Stabile Situation, Gefühlsleben, Psychomotorik, Kontaktfähigkeit Sozialisationen, Wille/Antrieb, Orientierung, Gedächtnis, Formales Denken, Inhaltliches Denken, Grafische Darstellung der Testung], Gefühlsdysregulationen [Kulturgefühl, Fremdwertgefühl, Ich-Wertgefühl, Persönlichkeitsgefühl, Zustandsgefühl, Triebgefühl, Leibgefühl, Funktionale Gefühle], Seelenpflege [Stories, Folklore, Biographie formal, Coping, Biographie abstakt, Interpretation der Biographie, Impulse, Reaktion des Patienten auf Impuls, stabil/instabil, Kurzprofil, Tagesstruktur])	01, 02, 04
	Übersicht Ärzte (Diagnosen, CAVE, Aktuell gültige Medikamente, Ein-/Ausfuhr, Infektionen/Kolonisation, Übersicht Dokumente des Patienten (z.B. Arztbriefe, Befunde), Termine des Patienten, Ärztlicher Verlauf)	01, 02, 04
	Arztbrief (Vorname Patient, Nachname Patient, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer, Geschlecht, Entlassungsdatum, Behandelnder Arzt, Aufnahmegrund, Entlassdiagnose, Durchgeführte Maßnahmen, letzte Medikation, empfohlene Medikation, weitere empfohlene Maßnahmen, Zusammenfassung des Aufenthaltes, Name Stationsarzt, Name Oberarzt, Name Primararzt, Hinweise bzgl. Medikation, Allergien, Anamnese, Status somaticus, Status neurologicus, Status psychicus, Patientenverfügungen und andere juristische Dokumente, während des Aufenthaltes in den GGZ Graz erstellte Befunde (z.B. MNA, MMSE, GDS, Uhrentest, BMI, Barthelindex))	01, 02, 03, 04

	ELGA-Daten (ELGA-Navigator [Verweis zu Dokument-Suche/Übernahme, Export ärztlicher Entlassbrief, Export pflegerischer Entlassbrief], Erfassung des Situativen Opt-Out [Situatives Opt-Out ja/nein, Datum der Erfassung, erfasst von, Lokale Patientenkenung, Gültigkeitszeitraum des Situativen Opt-Out], Manuelle Kontaktbestätigung und Delegation [Stationärer Kontakt, Ambulanter Kontakt, Entlasskontakt, Kontakt delegieren, Kontaktbestätigung stornieren], Historie der Einträge bzw. Änderungen [Aktion, Datum, Uhrzeit, Ausführender, Zusatzinformationen zum Eintrag])	01, 02, 04, 05
	ELGA-Daten 2 (Fall ID, Situatives Opt-Out [Lokale Patientenkenung, Gültigkeitszeitraum des Situativen Opt-Out])	01, 02, 03, 04, 05
	Schmerzskala BESD (Datum, Freigegeben durch, Punkte, Atmung [normal in Ruhe / in Belastung ja/nein, gelegentlich angestrengt atmen in Ruhe / in Belastung ja/nein, kurze Phasen von Hyperventilation in Ruhe / in Belastung ja/nein, lautstark angestrengt atmen in Ruhe / in Belastung ja/nein, lange Phasen von Hyperventilation in Ruhe / in Belastung ja/nein, Cheyne-Stoke-Atmung in Ruhe / in Belastung ja/nein], Negative Lautäußerung [keine in Ruhe / in Belastung ja/nein, gelegentlich stöhnen oder ächzen in Ruhe / in Belastung ja/nein, sich leise negativ oder missbilligend äußern in Ruhe / in Belastung ja/nein, wiederholt beunruhigt rufen in Ruhe / in Belastung ja/nein, laut stöhnen oder ächzen in Ruhe / in Belastung ja/nein, weinen in Ruhe / in Belastung ja/nein], Gesichtsausdruck [lächelnd oder nichtssagend in Ruhe / in Belastung ja/nein, trauriger Gesichtsausdruck in Ruhe / in Belastung ja/nein, ängstlicher Gesichtsausdruck in Ruhe / in Belastung ja/nein, sorgenvoller Blick in Ruhe / in Belastung ja/nein, grimassieren in Ruhe / in Belastung ja/nein], Körpersprache [entspannt in Ruhe / in Belastung ja/nein, angespannte Körperhaltung in Ruhe / in Belastung ja/nein, nervös hin und her gehen in Ruhe / in Belastung ja/nein, nesteln in Ruhe / in Belastung ja/nein, Körpersprache starr in Ruhe / in Belastung ja/nein, geballte Fäuste in Ruhe / in Belastung ja/nein, angezogene Knie in Ruhe / in Belastung ja/nein, sich entziehen oder wegstoßen in Ruhe / in Belastung ja/nein, schlagen in Ruhe / in Belastung ja/nein], Trost [Trösten nicht notwendig in Ruhe / in Belastung ja/nein, Ablenken oder Beruhigung durch Stimme oder Berührung möglich? in Ruhe / in Belastung ja/nein, Trösten, Ablenken, Beruhigen nicht möglich? in Ruhe / in Belastung ja/nein], Ergebnis: Summe)	01, 02, 04
	Patientenbewegung (Patientenname, Bewegungsdatum, Uhrzeit, Art der Bewegung, Grund, Anmerkung, Zielstation, Zielzimmer)	01, 02, 04
	Anzeige des Todes (Behörde, Zahl/ Jahr, Familienname / Nachname, Akademische Grade/ Standesbezeichnung, Vornamen, Sonstige Namen, Geschlecht, Religionsbekenntnis, Letzter Wohnort, Tag und Ort der Geburt, Eintragung der Geburt (Behörde und Zahl), Staatsangehörigkeit, Familienstand zur Zeit des Todes, Tag, Monat)	01, 02, 04, 09
	Totenbeschauschein (Gemeinde, Fortlaufende Nummer, Familienname und Vorname ggf akademischer Grad, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, Tag und Ort der Geburt, Tag, Monat, Jahr, Stunde und Minute sowie Ort des Todes, Ort und Zeitpunkt der Totenbeschau, Name und Anschrift des allfällig behandelten Arztes, Besondere Bemerkungen, Herzschrittmacher)	01, 02, 04, 07

	Totenbeschauprotokoll (Gemeinde, Fortlaufende Nummer, Familienname und Vorname, akademischer Grad, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, Tag und Ort der Geburt, Tag, Monat, Jahr, Stunde und Minute sowie Ort des Todes, Ort und Zeitpunkt der Totenbeschau, Name und Anschrift des allfällig behandelten Arztes, Besondere Bemerkungen, Herzschrittmacher, Organentnahme)	01, 02, 04, 08
	Meldung Krebsregister (Angaben zur Person [Geburtsdatum, Geschlecht, Vorname, Familienname, Geburtsname, SVNR, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer], Krankenhausaufenthalte [Aufnahmezahl, Aufnahme datum, Sterbedatum, Obduktionsdatum], Dignität [Verhalten: Dop down], Topographie – Lokalisation des Tumors [Seite: drop down, Lokalisationstext aus dem Befund (Freitext), ICD-O-3 (Freitext)], Morphologie [Histologietext aus dem Befund (Freitext), ICD-O-3 (Freitext)], Alternativ zu 4. Und 5. – Befund als Freitext [Gesamter Text aus dem Befund (Freitext)], Tumorstadium [TNM Klinisch (Checkboxen), TNM pathologisch (Checkboxen), Stadium wenn TNM nicht möglich (Checkboxen), Tumorstadium unbestimmt (Checkbox)], Weitere Angaben zum Tumor [Histopathologisches Grading (Checkboxen), Rezidiv (Checkboxen), Verdacht auf Brustkrebs (Checkboxen)], Diagnoserstellung [Diagnosedatum (Freitext), Methode (Drop down)], Behandlung [Mehrfachauswahl (Checkboxen)], Inhaltlich für diese Krebsmeldung zuständige Person [Name (Freitext)])	11
Hausarzt des Patienten / Bewohners	Anrede, Titel, Vorname, Nachname, Adresse, Disziplin des Arztes (Facharzt, Internist, Allgemeinmediziner)	01, 02, 04
Sachwalter des Patienten / Bewohner	Anrede, Titel, Vorname, Nachname, Adresse	01, 02, 03, 04
Gesetzlicher Vertreter des Patienten / Bewohners	Anrede, Titel, Vorname, Nachname, Adresse	01, 02, 04
Angehöriger des Patienten / Bewohners	Anrede, Titel, Vorname, Nachname, Adresse, Verhältnis zum Patienten (z.B. Sohn)	01, 02, 04
Kontaktperson des Patienten / Bewohners	Anrede, Titel, Vorname, Nachname, Adresse, Verhältnis zum Patienten (z.B. Sohn)	01, 02, 03, 04
Arbeitsgeber des Patienten / Bewohners	Bezeichnung des Arbeitgebers	01, 02, 04
Einweisender Arzt des Patienten / Bewohners	Anrede, Titel, Vorname, Nachname, Adresse, Disziplin des Arztes (Facharzt, Internist, Allgemeinmediziner)	01, 02, 04
Mitarbeiter / MitarbeiterInnen sowie externe Dienstleister im Vertragsverhältnis mit den Geriatrischen Gesundheitszentren	Titel, KIS ID, Anrede, Abteilung, Geschlecht, MCP / KIS_ID 3, Faxtelefon, Dienstbeginn, Dienstende, Emailadresse, Bemerkungen, Gruppenzugehörigkeit, Nummer, Nachname, Vorname, Kurzzeichen, Anrede, Qualifikation, Status der Benutzererkennung (z.B. gesperrt), Facharztbezeichnung, Diensttelefon	01, 02, 04 01,02,03,04

der Stadt Graz (GGZ)		
Versicherungsträger	Name der Hauptversicherungsanstalt, Name der Zusatzversicherung	01, 02, 03, 04
Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankenanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut	Patiententest: CERAD Plus (Identifikation des Patienten, Nachname, Vorname, Diagnose, Weitere Angaben, Alter, Geschlecht, Ausbildung (Jahre), Untersuchungsdatum, UntersucherIn, Parameter zur Erstellung eines Leistungsprofils (Semantische Flüssigkeit (Tiere), Boston-Naming Test, Mini-Mental Status, Wortliste Lernen und Abrufen, Savings Wortliste (%), Diskriminabilität (%), Figuren abzeichnen und abrufen, Savings Figuren (%), Phonematische Flüssigkeit (S-Wörter), Trail Making Test (Part A, B, B/A))	01, 02, 04
Patienten und Bewohner der GGZ	Patientenuntersuchung: Lungenfunktionsdiagnostik Spirometrie (Vorname, Geburtsdatum, Größe, Gewicht, Messergebnisse (Fluss-Volumen, Auswertungen))	01, 02, 03, 04
Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankenanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut	Testung eines Patienten: Test - Aachener Sprachanalyse (Name des Patienten, Geboren am, Syndrom des Patienten, Datum des Interviews, Name und Pfad der Datei (Systempfad), Ton/Datenband-Nr, Datum der Transkription bzw. der Transkriptionsänderung, Name des Transkribenten, Sprachaufzeichnung selbst (Als Audio), Patient untersucht am, Wortwahlparameter, Satzbauparameter, Pausen, Silbisch, Anzahl der Items, Wortvariabilität Sprechfluss, Reserviert, Komplexität, Phrasenlänge, Phrasentypen)	01, 02, 04
Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankenanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut	Untersuchung eines Patienten: EKG (Patientennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Größe, Gewicht, Schrittmacher-Typ, Schrittmacher-Modell, Station, Station Tel, Station Fax, Ruhe EKG, Anzeige des Elektrodenanschlages, Messung des Störpegels, Messung der Elektrodenimpedanz, Darstellung des EKGs in einer Vorschau, Grafische Darstellung EKG, Gemittelter Schlag in allen Abteilungen, Messwerttabelle, Diagnose, Hauptmesswerte gemessen an den Wellengrenzen des Mittelwertschlages, P-Dauer, PQ-Intervall, QRS-Dauer, QT-Intervall, QTc, Qtrrel, Winkel und Amplitude des P-, QRS- und T-Vektors, Sokolov Index, Lewis Index, Cornell Index, Messwerte Segment P, Messwerte Segment	01, 02, 04

<p>staltengesetz behandelt, andererseits Pfleglinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut</p>	<p>Q, Messwerte Segment R, Messwerte Segment R, Messwerte Segment T, Messwerte Segment ST, Rhythmus- und Typisierungsgraphik, Aufnahme- und Datum des EKGs, Zusammenfassung des EKGs)</p>	
<p>Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pfleglinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut</p>	<p>Untersuchung eines Patienten: Langzeit-EKG (Patienten-Name, Alter, Geschlecht, Patientennummer (Versicherungsträger, Sozialversicherungsnummer), Aufzeichnungsdatum, Aufzeichnungsdauer, Analyse-Datum, Analyse-Ergebnisse aus Aufzeichnung, Bemerkungen [Zuweisungsdiagnose, Medikamente, Fragestellung, Befund/Beurteilung, VES-Index(LOWN), Bandqualität])</p>	<p>01, 02, 03, 04, 06</p>
<p>Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pfleglinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut</p>	<p>Patiententest: COGPACK (Alter, Geschlecht, Neurologische oder psychiatrische Behandlung derzeit, Arbeiten Sie erstmals mit diesem Programm? (Ja, Nein), Computererfahrung allgemein?, Schulabschluss, ersatzweise derzeitige Ausbildung?, Kennnummer des Patienten, Erlauben Sie Ergebnisweitergabe mit ihrem Namen? (ja/nein), Nehmen Sie zurzeit Medikamente? (ja/nein, Welche?), Medikamente, Name des Patienten, Code des Patienten, Testergebnisse des Patienten)</p>	<p>01, 02, 04</p>
<p>Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankanstalt nach dem</p>	<p>Verlassverwaltung eines Patienten (Patientennummer, Familienname des Patienten, Vornamen des Patienten, Gestorben am, Station des Patienten, Aufzählungen von div. Leib + Kleinwäsche, Aufzählung von div. Kleinigkeiten + Hausrat, Sonstige Inventargegenstände des Patienten, ohne/ mit Verlass, Magazineur der GGZ, Lagerung des Verlasses auf Wagen, Ort des Verlasses)</p>	<p>01, 02, 04</p>



<p>Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut</p>		
<p>Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankenanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut</p>	<p>Patientenübung / Test: REHA-Slide (Nachname des Patienten, Vorname des Patienten, Wohnstrasse des Patienten, PLZ des Patienten, Wohnort des Patienten, Geburtsdatum des Patienten, Identifikation des Patienten, Versicherungsnummer des Patienten, Krankenkasse des Patienten, Datum der Übung, Uhrzeit der Übung, Anzahl der Übung, Name der Übung, Schwierigkeitsgrad der Übung, Übungsdauer, Ergebnis der Übung, Empfehlung nach Übung, Grafische Darstellung der Übung, Langzeitstatistik der Übungen / Patient)</p>	<p>01, 02, 04</p>
<p>Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankenanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut</p>	<p>Patientenübung: REHACOM (Patientennummer, Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Aufnahmedatum, Anrede, Namenszusatz, PLZ/Ort, Straße, Telefon, E-Mail, Anmelde-Name, Passwort, Passwort-Wiederholung, Sprache, Geschlecht, VK-Nr, Krankenkassenname, Krankenkassennummer, Versicherten-Status, Beginn der Behandlung (Aufnahme), Ende der Behandlung (Entlassung), RehaCom-Code, Bemerkung zu Patient, Dokumentation der Behandlung, Eingabe Datum der Behandlungen, Verfahrensart der Untersuchung, Ergebnis der Untersuchung, Name der Trainingseinheit, Datum des Trainings, Uhrzeit des Trainings, Konsultationsdauer, Trainingszeit (effektiv), Trainingszeit (kumulativ), Level, Trainingszeit, Pausen, Anzahl Eintsch., Fehler Diff., Fehler Zeit, max. Reakt.-zeit, Median Reakt.-zeit, min. Reakt.-zeit, grafische Darstellung des Trainingsverlaufs, grafische Darstellung des Konsultationsverlaufs)</p>	<p>01, 02, 04</p>
<p>Patienten und Bewohner der GGZ</p>	<p>Unterstützungsprogramm MyTobii für Patienten (Vorname des Patienten, Nachname des Patienten, E-Mail Text des Patienten)</p>	<p>01, 02, 04</p>
<p>Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer</p>	<p>Patiententest: Bio-Impedanz-Analyse (BIA) (Patient [Titel, Name, Vorname, Geburtsdatum, Alter, Körpergröße, Geschlecht, Sprache, Herzschrittmacher (ja/nein), Defibrillator (ja/nein), Straße, Land, PLZ, Stadt, Telefon, Fax, E-Mail, Bemerkung zu Patienten], Daten einer Messung ei-</p>	<p>01, 02, 04</p>

geriatrischen Sonderkrankenanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut	nes Patienten [Datum der Messung, Größe, Gewicht, BMI, Bauchumfang, RARF, RALA, RFLF, LALF, Zielgewicht, Zielbereich, Ziel-BMI, immobile Senioren, leichte Betätigung, mittlere Betätigung, schwere Betätigung, sonstige Zuschläge in kcal, Fieber, Tumorpatient, Dekubitus, Flüssigkeit per Sonde/ Trinknahrung, BMI, Fettfreie Masse, FFM/FM, Gewicht, Körperwasser, Grundumsatz, Körperzellen, Phasenwinkel, Zellanteil, Extra. Wasser, Wasser-Balance, Fettmasse, Bauchumfang, Nomo-gramm, Drei-Kompartiment-Modell, Segmentale BIA-Auswertung, Kinder BMI-Perzentilen, PRD Ellipsen, Zielgewicht])	
Patienten und Bewohner der GGZ	Patientenuntersuchung: Ultraschall (Vorname, Nachname, Untersuchungsbild)	01, 02, 04
Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankenanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut	Patientendiagnostik: Dysphagiediagnostik (Nachname, Vorname, Titel, Namezusatz, Versicherung, Versicherungsnummer, Versichertenart, Geburtsdatum, Geschlecht, Patienten-ID, Adressdaten, Kommentare (Diagnose, Anamnese), Dokumentation des Schluckakts)	01, 02, 04
Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankenanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut	Therapiegerät: Tyromotion – Amadeo (Stammdaten [Name, Geschlecht, Alter, Firma, Adresse, Tel., Email, Station, Stationsnummer, Bett Nummer, Krankenkasse, SV-Nummer, Diagnose, Befund, Doktor, Audit: (Jahr, Monat, Tag), Zeitstatistik, Therapieliste, Therapieverlauf (Kraftmessung, Bewegungsraummessung)])	01, 02, 04
Patienten und Bewohner der GGZ.	Laborbefund eines Patienten (siehe KIS [siehe KIS])	

<p>In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut</p>		
<p>Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut</p>	<p>Therapieplan (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Titel des Patienten, Diagnose des Patienten, Dauer der Therapie, Tag der Therapie, Ort der Therapie, Art der Therapieeinheiten, Therapieverlauf, Name des Therapeuten, Datum der Visite, Arzt der Visite, Intervall der Visite, Station des Patienten, Leistungsdokumentation der Therapie, Gruppeneinteilung, Bemerkung zu Patienten)</p>	
<p>Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflegelinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut</p>	<p>Patientenuntersuchung: Blutdruck und Langzeit-Blutdruck (Patientenname, Alter, Geschlecht, Patientennummer (Versicherungsträger, Sozialversicherungsnummer), Aufzeichnungsdatum, Aufzeichnungsdauer, Analyse-Datum, Analyse-Ergebnisse aus Aufzeichnung, Bemerkungen [Zuweisungsdiagnose, Medikamente, Fragestellung, Befund/Beurteilung])</p>	<p>01, 02, 03, 04, 06</p>
	<p>Patientenuntersuchung: Vitalparameter-Monitoring Philips Sure Sign (Name, Vorname, Geburtsdatum, Alter, Blutdruck, Puls, SPO2-Messung,</p>	<p>01, 02, 04</p>

	CO <sub>2</sub> -Messung, Prädiktive Einzelmessung nach Welch Allyn, Temperaturmessung)	
	Patientenübung: Handrehabilitation Armeo Spring (Name, Vorname, Geburtsdatum, Therapie-Report [Zusammenfassung der Therapie, Therapieziele, Datum, Zeitraum der Therapie, Therapieergebnisse, grafische Darstellung der Ergebnisse, Therapiefortschritt])	01, 02, 04
	Patientenuntersuchung: Blutzuckermessung CareLink (Name, Vorname, Zeitraum der Messung, Anzahl der Messtage, Auswertungen zur Messung [HbA <sub>1c</sub> -Wert, Zeit im Zielbereich, darunter, darüber (%), beobachtete Profile und mögliche Ursachen (Abweichungen Tageszeiten, Medikation, Nahrungsaufnahme, Bewegungsaufzeichnungen, Alkoholkonsum), Verlaufkurve, erhobene Sensorwerte, Überblick Abweichungen (mg/dl/Tag), Dauer und Verteilung])	01, 02, 04
	Untersuchung: Herzratenvariabilitätenmessung (Name, Vorname, Geburtsdatum, Aufzeichnungsergebnisse [Herzschlagintervalle, Parameter der Herzratenvariabilität, EKG-Aufzeichnung, Aufzeichnung Parameter in verschiedenen Belastungssituationen (Bewegung, Ruhe, Schlaf), Auswertung biologisches Herzalter, Therapieempfehlungen])	01, 02, 04
	Patientenuntersuchung: Schluckdiagnostik rpSzene (Name, Vorname, Geburtsdatum, Titel, Versicherung, Versichertenart, Versicherungsnummer, Geschlecht, Patienten-ID, Adresse, Diagnose, Anamnese (Ernährung, Flüssigkeitsaufnahme, Stoma, Einzelbewertung, Phonation, udgl.), Untersuchungsart (ambulant, stationär), Bilddatei, Videoaufzeichnung von Untersuchung, Untersuchungsbefund)	01, 02, 03, 04

Beabsichtigte Übermittlung aus dieser Datenanwendung:

Nr.	Bezeichnung des Empfängerkreises	Rechtsgrundlage für die Übermittlung
1	Gerichte und Verwaltungsbehörden	Gem. § 36 Abs 8 StKAG, Gesundheitstelematikgesetz BGBl I Nr. 179/2004 idF BGBl I Nr. 103/2010, Gesundheitstelematikverordnung BGBl II Nr. 451/2008 idF BGBl II Nr.464/2010, § 19 Abs 3 Gesundheitstelematikgesetz
2	Sozialversicherungsträger	Gem. §§ 36, 87 und 90 StKAG, Gesundheitstelematikgesetz BGBl I Nr. 179/2004 idF BGBl I Nr. 103/2010, Gesundheitstelematikverordnung BGBl II Nr. 451/2008 idF BGBl II Nr.464/2010, § 19 Abs 3 Gesundheitstelematikgesetz
3	vorbehaltlich der Zustimmung der Patienten an weiterbehandelnde Ärzte und Krankenanstalten	Gem. § 36 Abs 8 StKAG, Gesundheitstelematikgesetz BGBl I Nr. 179/2004 idF BGBl I Nr. 103/2010, Gesundheitstelematikverordnung BGBl II Nr. 451/2008 idF BGBl II Nr.464/2010, § 19 Abs 3 Gesundheitstelematikgesetz
4	sonstige Versicherungsträger	Gem. § 36 Abs 8 StKAG, Gesundheitstelematikgesetz BGBl I Nr. 179/2004 idF BGBl I Nr. 103/2010, Gesundheitstelematikverordnung BGBl II Nr. 451/2008 idF BGBl II Nr.464/2010, § 19 Abs 3 Gesundheitstelematikgesetz
5	Mit einer Dienstleistung beauftragte ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter derselben Affinity Domain (z.B. externe Laborärzte, externe Radiologen, etc.)	§ 14 Abs 2 Zif 1 lit b Gesundheitstelematikgesetz 2012, Gesundheitstelematikgesetz BGBl I Nr. 179/2004 idF BGBl I Nr. 103/2010, Gesundheitstelematikverordnung BGBl II Nr. 451/2008 idF BGBl II Nr.464/2010, § 19 Abs 3 Gesundheitstelematikgesetz
6	Mit einer Dienstleistung beauftragte Befundersteller bzw. Ersteller von Auswertungen	Gem. § 9 Abs 12 DSGVO 2000, Gesundheitstelematikgesetz BGBl I Nr. 179/2004 idF BGBl I Nr. 103/2010, Gesundheitstelematikverordnung BGBl II Nr. 451/2008 idF BGBl II Nr.464/2010, § 19 Abs 3 Gesundheitstelematikgesetz
7	Verwaltung des Friedhofs bzw. Feuerbestattungsanstalt, in welchem die Leiche beigesetzt/eingeäschert wird	Gem. § 9 Abs 1 Steiermärkisches Leichenbestattungsgesetz 2010, Gesundheitstelematikgesetz BGBl I Nr. 179/2004 idF BGBl I Nr. 103/2010, Gesundheitstelematikverordnung BGBl II Nr. 451/2008 idF BGBl II Nr.464/2010, § 19 Abs 3 Gesundheitstelematikgesetz
8	Gesundheitsamt der Stadt Graz	Gem. §10 Abs 2 Steiermärkisches Leichenbestattungsgesetz 2010, Gesundheitstelematikgesetz BGBl I Nr. 179/2004 idF BGBl I Nr. 103/2010, Gesundheitstelematikverordnung BGBl II Nr. 451/2008 idF BGBl II Nr.464/2010, § 19 Abs 3 Gesundheitstelematikgesetz
9	Personenstandsbehörde (Standesamt der Stadt Graz)	Gem. § 4 Abs 1 Steiermärkisches Leichenbestattungsgesetz 2010, § 28 Abs 1 PStG 2013, Gesundheitstelematikgesetz BGBl I Nr. 179/2004 idF BGBl I Nr. 103/2010, Gesundheitstelematikverordnung BGBl II Nr. 451/2008 idF BGBl II Nr.464/2010, § 19 Abs 3 Gesundheitstelematikgesetz

10	Forschungspartner (z.B. MedUni Graz, Joanneum Research)	Mit Dienstleistungsvereinbarung
11	Statistik Austria	Gem. § 3 Abs. 2 des Krebsstatistikgesetzes, BGBl. Nr. 138/1969, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 425/1969 in Verbindung mit §4 Abs. 4 des Bundesstatistikgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 163/1999