



Republik Österreich

**Datenschutz
behörde**

A-1080 Wien, Wickenburggasse 8

Tel.: +43-1-52152-2569

E-Mail: dsb@dsb.gv.at

DVR: 0000027

**Angaben zur Datenanwendung
Meldung einer Datenanwendung (gemäß Anlage 2 DVRV 2002BGBl. II Nr. 24/2002)**

Art der Meldung:

- Neumeldung einer Datenanwendung
- Änderung einer Datenanwendung

Bezeichnung der Datenanwendung und Zweck der Datenanwendung

Patientenverwaltung und Patientenverrechnung in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz

Registernummer:

0051853

Nummer der Datenanwendung

0051853/316

Name (sonstige Bezeichnung) und Anschrift des Auftraggebers:

Magistrat der Stadt Graz
Hauptplatz 1
8011 Graz
Österreich

Telefon- und Faxnummer sowie E-Mail-Adresse des Auftraggebers:

Tel.: 0316 872 2336
walther.nauta@stadt.graz.at

Vertreter des Auftraggebers:

Vertreter des Auftraggebers in der EU bei der Datenanwendung:

Datenschutzbeauftragter:

Die Datenanwendung gehört zum

- privaten Bereich
- öffentlichen Bereich

Die Datenanwendung erfolgt

- automationsunterstützt
- manuell

Angaben zur Anwendbarkeit der Vorabkontrolle (§ 18 Abs. 2 DSG 2000):

- Verwendung von sensiblen Daten
- Verwendung von strafrechtlich relevanten Daten
- Vorliegen eines Kreditinformationssystems
- Vorliegen eines Informationsverbundsystems
- Videoüberwachung (gemäß § 50c DSG 2000)
- Vorliegen keiner der Voraussetzungen

Rechtsgrundlage(n) für die gemeldete Datenanwendung

- § 10 Abs 4 KAKuG,
- § 36 Abs 8 Z 2 StKAG

Bescheid der Datenschutzbehörde (Internationaler Datenverkehr gemäß § 13 DSG 2000):

Bescheid der Datenschutzbehörde (Auflagenbescheid gemäß § 21 Abs. 2 DSG 2000):

Besondere Angaben zum Inhalt der Datenanwendung:

Betroffene Personengruppen	Datenarten	Nummern der Empfängerkreise
Patienten und Bewohner der GGZ. In den GGZ werden einerseits Patienten in einer geriatrischen Sonderkrankenanstalt nach dem Stmk. Krankenanstaltengesetz behandelt, andererseits Pflinglinge in einem Pflegeheim nach dem Stmk. Pflegeheimgesetz betreut	Stammdaten [Nachname, Vorname]	01, 02, 03, 04, 05
	Stammdaten [Patientennummer]	01, 02, 03, 04, 05
	Stammdaten [Aufnahme datum]	01, 02, 03, 04
	Stammdaten [Aufnahmeuhrzeit, Aufnahmeart, Aufnahme/Transfer/Zugewiesen von, Entlassungsuhrzeit, Entlassungsart, Zuordnung zu GGZ-Produkt, Pflegestufe]	01, 04
	Stammdaten [Gebäude]	01, 04
	Stammdaten [Zimmernummer]	03
	Stammdaten [Station]	01, 03, 04
	Stammdaten [Sterbedatum]	01, 02, 04, 05
	Stammdaten [Aufenthaltsdauer]	04
	Stammdaten [Entlassungsdatum]	01, 02, 03, 04

	Stammdaten [Pflegesatz, Entlassungsziel, Berechnung ab, Abrechnungsart, Kostensicherung]	
	Grunddaten [Geburtsland, Muttersprache, Titel, Anrede, Briefanrede, Eheschließung Datum, Eheschließung Ort, KIS ID, Arzt des Patienten/ Bewohners (privat), Steuer-ID, ZMR-Nummer, OTS-ID, Merker, Datenschutzfreistellung ja/nein, Lebensnummer, E-Mail Adresse, Erstkontakt am, Umgemeldet am, VGR-Kennzeichen, Personalausweis Nummer, Personalaus Gültigkeitsdatum]	
	Grunddaten [Geburtsname]	03
	Grunddaten [Geburtsdatum]	01, 02, 03, 04, 05
	Grunddaten [Alter]	04
	Grunddaten [Staatsbürgerschaft, Familienstand]	01, 03, 04
	Grunddaten [Geburtsort, Beruf]	01, 03
	Grunddaten [Nationalität, Punkte-Wert für Abrechnung]	01, 04
	Grunddaten [Geschlecht]	01, 03, 04
	Grunddaten [Sozialversicherungsnummer]	01, 02, 03
	Grunddaten [Religion/Konfession]	03
	Grunddaten [Anschrift (Straße, Hausnummer, OLZ, Ort]	02, 03
	Grunddaten [Herkunftsgemeinde / PLZ]	01, 02, 04
	Grunddaten [Telefonnummer]	02
	Grunddaten [Telefax]	02
	Grunddaten [fortlaufende Nummer]	04
	Grunddaten [Aufnahmedatum Waschdienst, Enddatum Waschdienst]	
	Persönliches Umfeld [Angehörige, Bemerkungen (z.B. über Pflegestufen-Änderungen, Versicherungstreitigkeiten usw), Zimmertelefon, Telefon-Tarif, Lichtrufnummer, Kirchengemeinde, Beerdigungsinstitut, Grabstätte vorhanden ja/nein, Grabstätte Ort]	
	Diagnosen [Kurzbezeichnung, Nr., Gewichtung, Aufnahme/Entlassdiagnose, gültig von/bis, Aktuell, Bemerkungen zur Diagnose, Status (Verdacht auf, Zustand nach, Gesichert, Aussicht von,k.A.)]	01, 02, 03, 04
	Diagnosen [Ausdruck Überl.bogen ja/nein]	
	Kostenträger [Krankenkasse]	01, 02, 03, 04
	Kostenträger [Debitoren-Nummer Krankenkasse,	01, 04

	Bemerkung zur Sozialversicherung]	
	Kostenträger [Versicherungsstatus, Status, Versicherungskarte Gültigkeitsdatum, Privatversichert ja/nein, Kostenträger, Gebührebfreit ja/nein, Vortage in anderer Krankenanstalt]	
	Sonderklasse [Bezeichnung Sonderversicherung, Polizzen-Nummer Sonderversicherung,]	03
	Sonderklasse [Sonderklasse ja/nein]	02
	Sonderklasse [Leistungszusage, Deckungsart, Versender, Bewilligt von/bis]	
	Fakturierung [offene Leistungen/Forderungen (Gültig von/bis, Einzelbetrag, Menge/Anzahl, Hebesatz/Faktor, Gesamtbetrag netto, Mehrwertsteuer, Gesamtbetrag brutto, Abrechnungsbezug, Bezug (Kostenträger/Barbetrag/Verteilung/Barbetragsstapel), Typ, Kostenträger, Erlöskonto, Rechnungsart), Bankverbindung, Kontonummer, Rechnungsdruck, Lastschriftverfahren ja/nein, Fakturierungssperre ja/nein, Fakturierungsbezug, Abrechnungscode, Beihilfeberechtigt ja/nein]	
	Fakturierung [offene Leistungen/Forderungen (Rechnungstext)]	01
	Fakturierung [IBAN, BIC, Verwendungszweck, Durchführungsdatum, Rechnungsempfänger]	05
	Fakturierung [Rechnungsbetrag]	04, 05
	Barbetrag [Max. Auszahlungseinheit, Mindestbetrag, Maximalbetrag Konto, Einzelquittung ja/nein, Sammelquittung ja/nein, Selbstabholer ja/nein, Buchungssperre ja/nein, Mahnbrief bei Unterschreiten ja/nein, Mahnbrief bei Überschreiten ja/nein, Bekleidungsgeld, Status pauschal oder Antrag, elektronischer Kontoauszug ja/nein]	
	Barbetrag [Stand Barbetragskonto, Barbetragsverwalter]	01
	Rechnungsbuch [Periode, Art, Typ, Rechnungstext (Empfänger, Teilbeträge, Eigenanteile), Betrag, Rechnung gedruckt ja/nein, Gutschrift gedruckt ja/nein, Rechnung Finanzbuchhaltung-Uebergabe ja/nein, Gutschrift Finanzbuchhaltung-Übergabe ja/nein, Fakturiert durch]	
	Betreuung [Befreiungen (Rezeptgebühr usw.), Termine (Nummer, Datum, Text, Erinnerung ja/nein), Datum Taufe, Datum Firmung, Datum Kommunion, Datum Konfirmation, besuchte Schulen, beruflicher Werdegang, Dokumente, Abwesenheit von/bis, Abwesenheitsziel, Abwesenheitsbemerkung]	
	Betreuung [Bezugsperson, gesetzlicher Vertreter]	01
	Rechtsgrundlagen [von/bis, Amtsgericht, Aktenzeichen,	

	Beschluss-/Wirkungskreis, Unterbringungs-/Fixierungsart]	
	Pflegeakten - Signale [neue ärztliche Verordnung ja/nein, neue ärztliche Verordnung Datum, Pädagogische Betreuung ja/nein, Pädagogische Betreuung Datum, Information an Nachtdienst ja/nein, Information an Nachtdienst Datum, Information an Tagdienst ja/nein, Information an Tagdienst Datum, Frage an Arzt ja/nein, Frage an Arzt Datum, Information an Angehörige ja/nein, Information an Angehörige Datum, Information an Sozialdienst ja/nein, Information an Sozialdienst Datum]	
	Pflegeakten - Dauersignale [Diabetiker ja/nein, Diabetiker Datum, Insulinpflichtiger ja/nein, Insulinpflichtiger Datum, Dauerkateder ja/nein, Dauerkateder Datum, Anamnesebericht ja/nein, Anamnesebericht Datum, Status somaticus ja/nein, Status somaticus Datum, Status neurologicus ja/nein, Status neurologicus Datum, Status psychicus ja/nein, Status psychicus Datum]	
	Befunde [Testbefund und Befunddatum (Interdisziplinäres Assessment, Labor, EKG, MMSE, GDS, BMI, Barthelindex, Tinetti B, Tinetti G, Timed up and go, Handkraft, Geriatrisches Assessment: Zusatzbefund, Sonstige Befunde: Zusatzbefund, Bradenskala, Inkontinenz, Hilfsmittel, Führende geriatrische Funktionsstörungen, Biographie, Biographiebogen Gewohnheiten)]	
	Berichte [Datum/Uhrzeit und Berichttext (Arztbrief, Anamnesebericht, Biografie, Kurzbericht Physiotherapie, Kurzbericht Logopädie, Therapie und Verlauf, Kurzbericht Sozialdienst, Kurzbericht Klinische Psychologie, Kurzbericht Ergotherapie, Information an Nachtdienst, Information an Sozialdienst, Frage an Arzt, Information an Angehörige, Information an Tagdienst)]	
	Pflegeplanung [Planungsnummer, Datum/Uhrzeit, Prüfdatum, AEDL (Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens), Potential, Ursache, Ziel, Tätigkeiten (Tätigkeit, Tätigkeiten-Bereich, Dauer der Tätigkeit)]	
	Flüssigkeiten Ein-/Ausfuhr [Interne Nummer, Bezeichnung, Menge, Ein- oder Ausfuhr]	
	Ärztliche Anordnungen / Verordnungen [Medikation (Medikamentennummer, Datum/Uhrzeit, verordnender Arzt, Bemerkung zum Medikament, Medikamentenbezeichnung, Wirkstoff, Verabreichung bis, vorgelesen und genehmigt ja/nein, Dosierung (Art, Rhythmus und Uhrzeit), Bemerkung zur Verabreichung), Heilmittel (Nummer, Datum/Uhrzeit, verordnender Arzt, Bemerkung zum Heilmittel, Medikamentenbezeichnung, Lokalisierung, Verordnung, Bemerkung zur Verordnung, Durchführung bis, vorgelesen und genehmigt ja/nein, Dosierung (Art und Zeit))]	
	Hautzustands-/Wunddokumentation [Interne Nummer,	

	Datum/Uhrzeit, Klassifikation, genauer Ort, Beschreibung/Art der Wunde/Ursache, Aussehen der Wunde, Handlung, Bild/Grafik der Wunde, Stadium, Zustand, Ränder, Exudative Entzündungen, Heilungsphasen, Schmerzen, Bewertung, Bemerkung zur Wunde, abgesetzt ja/nein, Absatzbeschreibung]	
	Pflegestamm 1 [Pfarrer informiert am, Besuchsdienst, mitgebrachtes Eigentum, Körpergröße, Körpergewicht, Puls, Temperatur, Blutdruck (systolisch/diastolisch), Blutzucker, BMI, besondere Interessen, Stuhlgang normal/Durchfall/Stoma/Verstopfung, Urininkontinenz nein/gelegentl./ja, Stuhlinkontinenz nein/geleg./ja, Besonderheiten zu allgemeinen Gesundheitsdaten, Inkontinenz-Hilfsmittel, Bad/Dusche ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Bad/Dusche Bemerkungen, Waschen ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Waschen Bemerkungen, An/Auskleiden ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, An/Auskleiden Bemerkungen, Mundpflege ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Mundpflege Bemerkungen, Nagelpflege ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Nagelpflege Bemerkungen, Rasieren ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Rasieren Bemerkungen, Aufstehen ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Aufstehen Bemerkungen]	
	Pflegestamm 2 [Gehen ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Gehen Bemerkungen, Treppensteigen ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Treppensteigen Bemerkungen, Gang zur Toilette ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Gang zur Toilette Bemerkungen, Gehhilfen/Rollstuhl ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Gehhilfen/Rollstuhl Bemerkungen, Sitzen im Stuhl ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Sitzen im Stuhl Bemerkungen, Lagern bei Bettlägrigkeit ohne Hilfe/mit Anregung/benötigt Hilfe, Lagern bei Bettlägrigkeit Bemerkungen, Orient. zeitlich ja/zeitw./nein, Orient. zeitlich Bem., Orient. örtlich ja/zeitw./nein, Orient. örtlich Bem., Orient. persönlich ja/zeitw./nein, Orient. persönlich Bem., Orient. situativ ja/zeitw./nein, Orient. situativ Bem., Allergien/Unverträglichkeit, Ernährungszustand, Ess/Trinkgewohnheiten, Ruhe/Schlafgewohnheiten, Sensibilitätsstörungen, Hautzustand, Eingangsdiagnose]	
	Übergabeblatt [Zimmer, Gruppe, Patienten- / Bewohnername, Datum, Thema, Autor, Vitalwerte, Medikamente, Verordnungen, Lagerung, Berichte, Flüssigkeitsein-/ausfuhr, Signale, Wunden, Punkte, Stuhlgangwarnung ja/nein, Grenzwert ja/nein]	
	Patientenhilfen [Nr., Bezeichnung, Anzahl, von/bis, Sanitätshaus, Bemerkung zur Hilfe, Prüftermin, Termin, Zuordnung]	
	Bild des Patienten / Bewohners [Bildnummer, Bildtyp, Bild, Datum, Benutzer (Mitarbeiter, der das Bild speichert)]	
	Grunddaten [ELDA LKF-Nummer]	02, 03, 04

	Kundenakt (allgemein) (Geschäftszahl, Akten ID, Belegdatum, Betreff, Schlagworte, Verlinkte Akten, Laufende Fristen)	
	Kundenakt (Zusatz-merkmale) (Organisationseinheit, Rechteklasse, Zuständige/r Referentin, Bearbeitungsstatus, Aktenstatus, Sachgebiet, Produkt/Leistung)	
	Kundenakt (Personaldaten) (Art (Person), Rolle (Person), Anrede, Akademischer Grad Affix, Vorname, Familienname, Akademischer Grad Suffix, Straßename, Hausnummer, Tür, Postleitzahl, Ort, Land, Zustelladresse)	
	Kundenakt (Personaldetails) (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, Familienstand, E-Mail, Mobil, Telefonnummer, Fax, Religion)	
	Schriftverkehr / Korrespondenz (Schriftstück)	
Angehöriger, Kontaktperson (nach Angabe des Patienten / Bewohners oder Probanden) oder gesetzlicher Vertreter des Patienten /	Bezugsverhältnis, Information, ob Rechnungsempfänger Angehöriger, Barbetragverwalter, Bezugsperson, gesetzlicher Vertreter, Kontaktperson ist (jeweils ja/nein), Zusatzname, Anrede, Briefanrede, Geschlecht, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Nationalität, Hauptversicherter ja/nein, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Betreuungsverhältnis bzw. Vollmacht,	

Bewohners oder Probanden, Barbetragverwalter, Rechnungsempfänger	Bemerkungen zum Rechnungsempfänger, Bankverbindung, Kontonummer, IBAN, Kontoinhaber, Lastschrift - gültig ab, Lastschrift - Betrag, Lastschrift - Festbetrag oder Maximalbetrag, Lastschrift - Info	
	Zuordnungsgrad, Ehegatte ja/nein, Nachname, Vorname, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Titel	01
Ehepartner des Patienten / Bewohners	Konfession	
Gesetzlicher Vertreter des Patienten / Bewohners	Bezugsverhältnis, Nachname, Vorname, Anrede, Briefanrede, Titel	01
Arzt des Patienten / Bewohners	Nachname, Vorname, Anrede, Briefanrede, Titel, Praxisname, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Lebenslange Arzt-Nr., Betriebsstätten-Nr., Nebenbetriebsstätten-Nr., Externe (IK-) Nummer, Besuchstage/Öffnungszeiten Praxis, Bemerkungen zum Arzt, Fachrichtung	
Krankenkasse des Patienten / Bewohners	Interne Nummer, Kurzname, Krankenkassenbezeichnung, Abteilung, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Rechnungsanschrift, Rechenzentrum, KV-Abrechnung, Kontaktperson, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Kassenart, Gruppe, IK-Nummer, Deb. Nr., Inkontinenzdatum, BSK, Inko.-Ver.-Konto, Stichtag, abwesend wie anwesend rechnen ja/nein, Rückerstattung bei Abwesenheit, Mindestversorgungsdauer, Rechnungsdruck (Einzel, Sammel usw.), ELDA-Abrechnung, Forderungscode	
Kostenträger des Patienten / Bewohners	Bezugsverhältnis, Bezeichnung, Nachname, Vorname, Anrede, Briefanrede, Titel, Gültig von/bis, Typ (Eigenanteil, Pflegegeldkasse usw.), Aktenzeichen (bei Kostenträger-Gesellschaft), Anteil, Betrag, Budget, Art, Debitoren-Nummer, Rechtskraft	
	Betragsart (z.B. Monat)	04
Sozialer Kostenträger des Patienten / Bewohners	Kurzname, Bezeichnung, Abteilung, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Postfach/PLZ, Rechnungsanschrift, Kontaktperson des Sozialen Kostenträgers, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Gruppe, Externe Nummer, Debitoren-Nummer, Rechnungsdruck (Einzel, Sammel usw.), Forderungscode, Mandantenzuordnung, Bemerkung zum sozialen Kostenträger	
Pflegegeldkasse des Patienten / Bewohners	Interne Nummer, Kurzname, Bezeichnung, Abteilung, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Postfach/PLZ, Rechnungsanschrift, Kontaktperson, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Gruppe, Externe Nummer, Höchsterstattung, Höchsterstattung KZP, Debitoren-Nummer, Rechnungsdruck, Forderungscode, Mandantenzuordnung, Bemerkung zur Pflegegeldkasse, aktuelle Pflegegeldkasse ja/nein	
Pensionsversicherung des Patienten / Bewohners	Kurzname, Bezeichnung, Abteilung, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Postfach/PLZ, Rechnungsanschrift, Kontaktperson der Pensionsversicherung, Telefonnummer, Telefax, Email-	

	Adresse, Externe Nummer, Pflicht- oder private Versicherung, Bemerkung zur Pensionsversicherung	
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz	Bezeichnung, Telefonnummer, Telefax,	01, 04
	Krankenanstaltennummer	01, 04
	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Bundesland), BAN, BIC	01, 04, 05
	Homepage, Email-Adresse,	
	IBAN, BIC	05
Institutionen der GGZ (Mandanten)	DVR-Nummer	
	Kurzname	02, 04
	Mandanten-Nummer	04
	gesperrt ja/nein, Firmenname, Institution, Krankenanstalt, Priorität, Institutions-Kürzel, Institutions-Gruppe, Abrechnungsbereich, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Bundesland), Postfach/PLZ, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Kontaktperson, Notadresse, Bankverbindung, Kontonummer, BLZ, IBAN, KreditorID, Steuernummer, Umsatzsteuer-ID, Homepage, Spitzenverband, Bemerkungen zum Mandanten	
Gebäude der GGZ	Gebäudenummer, Bezeichnung, Kurzbezeichnung, Gruppe, Adresse, Bemerkung zum Gebäude	
Mitarbeiter / MitarbeiterInnen sowie externe Dienstleister im Vertragsverhältnis mit den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ)	Personalnummer, VK-Anteil, Geburtsdatum, Geschlecht, Externe Nummer, Anrede, Briefanrede, Telefax, Mandant, Gebäude, Station, Qualifikationsnummer, Dienststart-Nummer, Vertragsbeginn, Vertragsende, Bemerkungen zum Mitarbeiter, Aktueller Mitarbeiter ja/nein, Windows-Benutzername, Berechtigungsgruppe, Bild, Schicht-Nummer, Schicht-Bezeichnung, Schichtbeginn, Schichtende, Schichtfarbe	
	Nachname, Vorname, Titel, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Telefonnummer, Email-Adresse, Organisationsgruppe,	01, 02, 03
Bank des Patienten / Bewohners	Kurzname, Bezeichnung, Bereich, BLZ, SWIFT-BIC, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Postfach/PLZ, Kontaktperson der Bank, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Bemerkung zur Bank, Interne Nummer	
Beerdigungsinstitut des Patienten / Bewohners	Kurzname, Bezeichnung, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Postfach/PLZ, Kontaktperson des Beerdigungsinstituts, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Pflicht- oder private Versicherung, Bemerkung zum Beerdigungsinstitut	
Schul- / Ausbildungsstätte des Patienten / Bewohners	Kurzname, Bezeichnung, Kennzeichnung (Arbeitstherapie/Beschäftigungstherapie/Beschäftigungs-Stätte/Schule), Abteilung, Anschrift (Straße,	

	Hausnummer, PLZ, Ort), Postfach/PLZ, Kontaktperson der Schul-/Ausbildungsstätte, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Externe Nummer, Pflicht- oder private Versicherung, Bemerkung zur Schul-/Ausbildungsstätte	
Gemeinde des Patienten / Bewohners	Kurzname, Bezeichnung, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Postfach/PLZ, Kontaktperson der Gemeinde, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Pflicht- oder private Versicherung, Bemerkung zur Gemeinde	
	Bezeichnung, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	01, 04
Amtsgericht des Patienten / Bewohners	Kurzname, Bezeichnung, Abteilung, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Postfach/PLZ, Kontaktperson des Amtsgerichts, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Externe Nummer, Pflicht- oder private Versicherung, Bemerkung zum Amtsgericht	
Sozialamt	Interne Nummer, Kurzbezeichnung, Name, aktuell ja/nein, Abteilung, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Postfach/PLZ, Postleitzahl Postfach/PLZ, Kontaktperson, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Externe Nummer, Pflicht- oder private Versicherung, Bemerkungen zum Sozialamt	
Externe Firmen und Dienstleister	Kurzname, Name/Bezeichnung, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Postfach/PLZ, Kontaktperson der Firma, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Bankverbindung, IBAN, Pflicht- oder private Versicherung, Bemerkung zur Firma/zum Dienstleister	
Kontaktperson der externen Firma	Nachname, Vorname, Titel, Anrede, Briefanrede, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Bemerkung zur Kontaktperson, Funktion, Interne Nummer	
Apotheke des Patienten / Bewohners	Kurzname, Bezeichnung, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), Postfach/PLZ, Kontaktperson der Apotheke, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Pflicht- oder private Versicherung, Bemerkung zur Apotheke	
Abwesenheitsziel des Patienten / Bewohners	Kurzname, Bezeichnung, Erläuterung, Interne Nummer	
Ansprechpersonen diverser öffentlicher Einrichtungen (Amtsgericht, Apotheke, Ausbildungsstätte, Bank, Beerdigungsinstitut, Gemeinde, Krankenkasse, Pensionsversicherung, Pflegegeldkasse, Sozialamt, Sozialer Kostenträger)	Nachname, Vorname, Titel, Anrede, Briefanrede, Telefonnummer, Telefax, Email-Adresse, Bemerkung zur Kontaktperson, Funktion, Interne Nummer	

Beabsichtigte Übermittlungen aus dieser Datenanwendung:

Nummer und Bezeichnung des Empfängerkreises	Rechtsgrundlage für die Übermittlung
--	---

1	Gerichte und Verwaltungsbehörden	Steiermärkisches Sozialhilfegesetz und dazugehörige Verordnungen, §§ 36 Abs 8 Z 1 und 85 Abs 5 StKAG
2	Sozialversicherungsträger	§§ 36 Abs 8 Z 2 und 90 Abs 1 Stmk. Krankenanstaltengesetz (StKAG), § 31a Abs 7 iVm § 117 ASVG, § 148 Z 5 lit d iVm § 148 Z 6 ASVG
3	sonstige Versicherungsträger	§§ 11a und 11b Versicherungsvertragsgesetz
4	Gesundheitsfonds Steiermark	§§ 36 Abs 8 Z 2 und 88 Stmk. Krankenanstaltengesetz (StKAG)
5	Bankinstitut	Einverständniserklärung