

Datensatz Deutsches Aortenklappenregister - Patientendaten

HCHDARPAT (Spezifikation 14.0a)

Basis		Personenbezogene Daten		wenn Land = Deutschland	
Patientenidentifikation					
1	Register-Identifikationsnummer □□□□□□□□	4	Anrede 1 = Herr 2 = Frau	10	Postleitzahl □□□□□
2	Register-Identifikationsnummer bei Erstaufnahme □□□□□□□□	5	Titel 1 = Dr. 2 = Prof. 3 = Prof. Dr. 4 = Priv. Doz. Dr.	11	Ort □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□
3	interne KIS-Nr. □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ □□□□	6	Vorname □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□	12	Straße □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□
		7	Nachname □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□	13	Hausnummer □□□□□□□□□□
		8	voraussichtliches Operationsdatum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	14	Telefon □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□
		Aktueller Wohnsitz		15	Datum der Einwilligungserklärung TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
		9	Land des aktuellen Wohnsitzes 1 = Deutschland 2 = Belgien 3 = Dänemark 4 = Frankreich 5 = Großbritannien 6 = Italien 7 = Luxemburg 8 = Niederlande 9 = Österreich 10 = Polen 11 = Schweiz 12 = Skandinavien 13 = Tschechien 99 = sonstige		

Datensatz Deutsches Aortenklappenregister - Patientendaten

Vertrauensperson/behandelnder Arzt	
16	Vertrauensperson/behandelnder Arzt als Ansprechpartner benannt
	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 16 = 1	
17	Anrede
	<input type="checkbox"/> 1 = Herr 2 = Frau
wenn Feld 16 = 1	
18	Titel
	<input type="checkbox"/> 1 = Dr. 2 = Prof. 3 = Prof. Dr. 4 = Priv. Doz. Dr.
19	Vorname
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20	Nachname
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21	Land des aktuellen Wohnsitzes
	<input type="checkbox"/> 1 = Deutschland 2 = Belgien 3 = Dänemark 4 = Frankreich 5 = Großbritannien 6 = Italien 7 = Luxemburg 8 = Niederlande 9 = Österreich 10 = Polen 11 = Schweiz 12 = Skandinavien 13 = Tschechien 99 = sonstige

wenn Land = Deutschland	
22	Postleitzahl
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
wenn Feld 16 = 1	
23	Ort
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24	Straße
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25	Hausnummer
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
26	Telefon
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Vitalstatus	
27	Vitalstatus
	<input type="checkbox"/> 1 = lebend 2 = verstorben 9 = unbekannt
wenn Patient verstorben	
28	primäre Todesursache
	<input type="checkbox"/> 1 = plötzlicher Herztod 2 = kardiovaskuläre Ursache 3 = nicht kardiovaskuläre Ursache 4 = Todesursache unbekannt
wenn Patient verstorben	
29	Todesdatum
	TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/>
30	unbekannt
	<input type="checkbox"/> 1 = ja
31	Datum letzter Kontakt
	TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/>
32	Sollen die Daten des Patienten zusätzlich anonymisiert an das IHF weitergeleitet werden?
	<input type="checkbox"/> 1 = ja