

**Ausfüllhinweise zu Anlage 3**  
**Aufnahmeanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG**

**Absender:**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Name der Einrichtung:    | Hier ist die offizielle Namensbezeichnung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben.  |
| Institutionskennzeichen: | Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V anzugeben.  |
| Kostenträger:            | Hier ist die aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V bekannte Bezeichnung der Krankenkasse anzugeben. Die Kostenträgerdaten können auch den Kostenträgerdateien auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden. Bei privat krankenversicherten Patienten ist die Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens anzugeben. |
| IK des Kostenträgers     | Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen des Kostenträgers anzugeben. Es kann das Kostenträger-IK von der eGK angegeben werden oder das Kostenträger-Haupt-IK aus einer Kostenträgerdatei auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes. Dieses Feld ist nur auszufüllen, sofern der Patient in der GKV versichert ist.                            |

**Information zur/zum Versicherten:**

Name des Versicherten: Es ist der Nachname des Versicherten ohne Vor- und Zusatzworte und ohne Titel anzugeben.

Vorname:

Krankenversicherten-Nr.: Die Krankenversicherthenummer ist der eGK zu entnehmen.

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: Hier ist ein bis zu 17 Stellen umfassendes internes Kennzeichen des Behandlungsfalles anzugeben, das den Behandlungsfall in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eindeutig identifiziert.

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  unbestimmt

Geburtsdatum:

Straße und Haus-Nr.:

Postleitzahl:

Wohnort:

Internationales Länderkennzeichen: Diese Angabe bleibt leer. Nur für Auslandsversicherte ist das Herkunftsland entsprechend des im § 301-Verfahren vereinbarten Länderkennzeichens oder als Freitext anzugeben.

## Aufnahmedaten:

Aufnahmetag:

---

Aufnahmegrund:



0101 vollstationär

## Diagnoseangaben: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Aufnahmediagnose  
(ICD10, Lokalisation):

Es sind die bei der Aufnahme durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung selbst festgestellten Diagnosen anzugeben. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

---

Ggf. Sekundärdiagnose  
(ICD10, Lokalisation):

Hier kann zu einer Aufnahmediagnose eine als optionale oder Stern-Diagnosen im ICD-10-GM gekennzeichnete ergänzende Diagnose angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

---

Einweisungsdiagnose  
(ICD10, Lokalisation):

Sofern dem Einweisungsschein eine nach ICD-10-GM verschlüsselte Einweisungsdiagnose entnommen werden kann, ist diese hier anzugeben.

---

Ggf. Sekundärdiagnose  
(ICD10, Lokalisation):

Hier kann zu einer Einweisungsdiagnose eine als optionale oder Stern-Diagnosen im ICD-10-GM gekennzeichnete ergänzende Diagnose angegeben werden, sofern sie dem Einweisungsschein entnommen werden kann.

---

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

---

Ort, Datum

---

Unterzeichner / Unterschrift

**Anlage 4: Ausfüllhinweise**  
**Entlassungsanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG**

**Absender:**

Name der Einrichtung: Hier ist die offizielle Namensbezeichnung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben.

---

Institutionskennzeichen: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V anzugeben.

---

Kostenträger: Hier ist die aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V bekannte Bezeichnung der Krankenkasse anzugeben. Die Kostenträgerdaten können auch den Kostenträgerdateien auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden. Bei privat krankenversicherten Patienten ist die Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens anzugeben.

---

IK des Kostenträgers: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen des Kostenträgers anzugeben. Es kann das Kostenträger-IK von der eGK angegeben werden oder das Kostenträger-Haupt-IK aus einer Kostenträgerdatei auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes. Dieses Feld ist nur auszufüllen, sofern der Patient in der GKV versichert ist.

---

**Information zur/zum Versicherten:**

Name des Versicherten: Es ist der Nachname des Versicherten ohne Vor- und Zusatzworte und ohne Titel anzugeben.

---

Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenversicherten-Nr.: Die Krankenversicherungsnummer ist der eGK zu entnehmen.

---

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: Hier ist das bis zu 17 Stellen umfassende interne Kennzeichen des Behandlungsfalles aus der Aufnahmeanzeige anzugeben, das den Behandlungsfall in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eindeutig identifiziert.

---

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  unbestimmt

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Internationales Länderkennzeichen: Diese Angabe bleibt leer. Nur für Auslandsversicherte ist das Herkunftsland entsprechend des im § 301-Verfahren vereinbarten Länderkennzeichens oder als Freitext anzugeben.

---

## Angaben zur Entlassung/Verlegung:

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Entlassungs-/  
Verlegungstag: \_\_\_\_\_

Entlassungs-/  
Verlegungsuhrzeit: \_\_\_\_\_

Entlassungs-/  
Verlegungsgrund:

|                          |               |                          |                     |
|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 019 regulär   | <input type="checkbox"/> | 039 sonstige Gründe |
| <input type="checkbox"/> | 069 Verlegung | <input type="checkbox"/> | 079 Tod             |

Hauptdiagnose  
(ICD10, Lokalisation):

Es ist die zur Entlassung festgestellte Diagnose, die den Krankenhausaufenthalt hauptsächlich verursachte, anzugeben. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

---

Ggf. Sekundärdiagnose  
(ICD10, Lokalisation):

Hier kann zur Hauptdiagnose eine als optionale oder Stern-Diagnosen im ICD-10-GM gekennzeichnete ergänzende Diagnose angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

---

## Nebendiagnosen: (Die Angaben können bis zu 10 mal erfolgen)

Nebendiagnose  
(ICD10, Lokalisation):

Hier können bis zu 10 weitere behandlungsrelevante Diagnosen angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

---

Ggf. Sekundärdiagnose  
(ICD10, Lokalisation):

Hier kann zur Nebendiagnose eine als optionale oder Stern-Diagnosen im ICD-10-GM gekennzeichnete ergänzende Diagnose angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

---

**Angabe zu Operationen/Prozeduren:** (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Nur anzugeben sofern Zusatzentgelte der Anlage 7 abgerechnet wurden.

Tag der Prozeduranwendung: Bei mehrtägig durchgeführten Prozeduren ist der Tag des Beginns der Prozedur anzugeben. Das Datum ist nur anzugeben, wenn auch eine Operation/Prozedur angegeben wird.

---

Prozedur (OPS, Lokalisation): Hier können bis zu 20 Prozeduren angegeben werden. Die Angaben sind endständig nach dem amtlichen OPS zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig. Prozeduren sind dann anzugeben, wenn Prozeduren basierte Zusatzentgelte in Rechnung gestellt werden sollen.

---

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

---

Ort, Datum

---

Unterzeichner / Unterschrift

**Anlage 5: Ausfüllhinweise**  
**Verlängerungsanzeige mit medizinischer Begründung nach**  
**§ 22 Absatz 2 KHG**

**Absender:**

- Name der Einrichtung: Hier ist die offizielle Namensbezeichnung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben.
- Institutionskennzeichen: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V anzugeben.
- Kostenträger: Hier ist die aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V bekannte Bezeichnung der Krankenkasse anzugeben. Die Kostenträgerdaten können auch den Kostenträgerdateien auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden.  
Bei privat krankenversicherten Patienten ist die Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens anzugeben.
- IK des Kostenträgers: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen des Kostenträgers anzugeben. Es kann das Kostenträger-IK von der eGK angegeben werden oder das Kostenträger-Haupt-IK aus einer Kostenträgerdatei auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes. Dieses Feld ist nur auszufüllen, sofern der Patient in der GKV versichert ist

**Information zur/zum Versicherten:**

- Name des Versicherten: Es ist der Nachname des Versicherten ohne Vor- und Zusatzworte und ohne Titel anzugeben.  
\_\_\_\_\_
- Vorname: \_\_\_\_\_
- Krankenversicherten-Nr.: Die Krankenversichertennummer ist der eGK zu entnehmen.  
\_\_\_\_\_
- Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: Hier ist das bis zu 17 Stellen umfassende interne Kennzeichen des Behandlungsfalles aus der Aufnahmeanzeige anzugeben, das den Behandlungsfall in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eindeutig identifiziert.  
\_\_\_\_\_
- Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  unbestimmt
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- Straße und Haus-Nr. \_\_\_\_\_
- Postleitzahl: \_\_\_\_\_
- Wohnort: \_\_\_\_\_
- Internationales Länderkennzeichen: Diese Angabe bleibt leer. Nur für Auslandsversicherte ist das Herkunftsland entsprechend des im § 301-Verfahren vereinbarten Länderkennzeichens oder als Freitext anzugeben.  
\_\_\_\_\_

## Dauer der Verlängerung:

Aufnahmetag:

---

Voraussichtliche Dauer  
der Behandlung:

Hier ist das Datum der voraussichtlichen Entlassung/Verlegung  
anzugeben.

---

## Behandlungsdiagnosen: (Die Angaben können bis zu 10 mal erfolgen)

Diagnose  
(ICD10, Lokalisation):

Hier können bis zu 10 behandlungsrelevante Diagnosen angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig. Eine Lokalisationsangabe kann durch Ergänzung von L, R oder B hinter dem Schlüssel erfolgen.

---

Ggf. Sekundärdiagnose  
(ICD10, Lokalisation):

Hier kann zur Diagnose eine als optionale oder Stern-Diagnosen im ICD-10-GM gekennzeichnete ergänzende Diagnose angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

---

## Medizinische Begründung:

In der medizinischen Begründung ist die Ursache für die Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes in Freitextform zu erläutern.

---

---

---

---

---

---

---

---

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

---

Ort, Datum

---

Unterzeichner / Unterschrift

## Anlage 6: Ausfüllhinweise

### Rechnungssatz nach § 22 Absatz 2 KHG

(Zuzahlungen der Versicherten werden nicht durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sondern direkt durch die Krankenkasse eingezogen.)

### Absender:

- Name der Einrichtung: Hier ist die offizielle Namensbezeichnung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben. \_\_\_\_\_
- Institutionskennzeichen: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V anzugeben. \_\_\_\_\_
- Kostenträger: Hier ist die aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V bekannte Bezeichnung der Krankenkasse anzugeben. Die Kostenträgerdaten können auch den Kostenträgerdateien auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden. Bei privat krankenversicherten Patienten ist die Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens anzugeben. \_\_\_\_\_
- IK des Kostenträgers: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen des Kostenträgers anzugeben. Es kann das Kostenträger-IK von der eGK angegeben werden oder das Kostenträger-Haupt-IK aus einer Kostenträgerdatei auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes. Dieses Feld ist nur auszufüllen, sofern der Patient in der GKV versichert ist. \_\_\_\_\_

### Information zur/zum Versicherten:

- Name des Versicherten: Es ist der Nachname des Versicherten ohne Vor- und Zusatzworte und ohne Titel anzugeben. \_\_\_\_\_
- Vorname: \_\_\_\_\_
- Krankenversicherten-Nr.: Die Krankenversicherungsnummer ist der eGK zu entnehmen. \_\_\_\_\_
- Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: Hier ist das bis zu 17 Stellen umfassende interne Kennzeichen des Behandlungsfalles aus der Aufnahmeanzeige anzugeben, das den Behandlungsfall in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eindeutig identifiziert. \_\_\_\_\_
- Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  unbestimmt
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_
- Postleitzahl: \_\_\_\_\_
- Wohnort: \_\_\_\_\_
- Internationales Länderkennzeichen: Diese Angabe bleibt leer. Nur für Auslandsversicherte ist das Herkunftsland entsprechend des im § 301-Verfahren vereinbarten Länderkennzeichens oder als Freitext anzugeben. \_\_\_\_\_



## Rechnungsdaten:

Rechnungsnummer: Die Rechnungsnummer dient zur eindeutigen Identifizierung der Einzelrechnung.  
\_\_\_\_\_  
Rechnungsdatum: \_\_\_\_\_  
Rechnungsart:  02 Schlussrechnung  04 Gutschrift/Storno  
Aufnahmetag: \_\_\_\_\_  
Rechnungsbetrag: Hier ist der Gesamtbetrag anzugeben, der sich aus der Summe der Entgeltbeträge der einzelnen unten aufgeführten Rechnungspositionen ergibt.  
\_\_\_\_\_  
Ggf. abweichendes IK für den Zahlungsweg: Sofern ein anderer Zahlungsempfänger als die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung gewünscht ist, kann hier das abweichende Institutionskennzeichen für das Empfängerkonto angegeben werden.  
\_\_\_\_\_

## Rechnungspositionen: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Entgeltart: Hier ist der für die in Rechnung gestellte Leistung vereinbarte 8-stellige Entgeltschlüssel anzugeben. Es sind die Entgeltschlüssel für die explizit vereinbarten Abrechnungspauschalen (vgl. Anlage 2) und die Entgeltschlüssel für abrechenbare Zusatzentgelte (vgl. Anlage 7) anzugeben.  
\_\_\_\_\_  
Entgeltbetrag: Hier ist der unter Entgeltart verschlüsselten Leistung zugeordnete Einzelbetrag anzugeben.  
\_\_\_\_\_  
Abrechnung von: Beginn der in Rechnung gestellten Leistung.  
\_\_\_\_\_  
Abrechnung bis: Ende der in Rechnung gestellten Leistung.  
\_\_\_\_\_  
Entgeltanzahl: Hier kann ein Faktor angegeben werden, sofern eine Leistung mehrfach abgerechnet wird, z.B. bei Abrechnung einer Tagespauschale an 5 Tagen enthält Entgeltbetrag den Tagespreis und Entgeltanzahl den Faktor 5.  
\_\_\_\_\_  
Anzahl Tage ohne Berechnung: Sofern es Behandlungsunterbrechungen mit ganzen Tagen an Abwesenheit des Patienten gab, kann hier die Anzahl der Tage mit 24-stündiger Abwesenheit angegeben werden, die nicht vergütet werden.  
\_\_\_\_\_

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterzeichner / Unterschrift