

DSRV - DAV

Datenannahme- und Verteilstelle

Anmeldung zum Reha-Datenaustausch nach § 301 SGB V

über den belegenden Kostenträger an die DSRV - DAV

Klinikdaten

Institutionskennzeichen (IK)*	
Name der Klinik*	
Straße / Hausnummer*	
PLZ */ Ort*	
Ansprechpartner	
Telefon*	
Fax	
E-Mail Ansprechpartner*	
Name des Kliniksystems*	
Softwarehersteller / Version	
Klinik testbereit ab:*	

* Pflichtfeld

Unterstützung der § 301-Vereinbarung

Von der DAV werden alle Geschäftsvorfälle unterstützt. Eine genaue Abstimmung, welche Geschäftsvorfälle gesendet werden, sollte zwischen der Klinik und den belegenden Kostenträgern erfolgen.

Kommunikation

Softwarehersteller	
Version	
E-Mail Ansprechpartner	

Verschlüsselung / Komprimierung

Name des Trustcenters	
Komprimierung* (nur GZIP zulässig)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Klinik befindet sich im Netz der DRV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*Pflichtfeld

Die Klinik muss ein PKCS7-Schlüsselzertifikat - wenn nicht bereits geschehen - beim Trustcenter ITSG beantragen.

Für die Übertragungen der Daten zwischen der Deutschen Rentenversicherung und der Reha-Klinik kommt das eXTra-Transportverfahren zum Einsatz.

Hiermit wird für die vorstehend genannte Einrichtung die Teilnahme am Reha-Datenaustausch nach §301 SGB V (Abs. 4) erklärt.

Grundlage des Datenaustauschs nach § 301 Abs. 4 SGB V zwischen Reha-Einrichtung und der Deutschen Rentenversicherung im Zusammenhang mit Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung ist die Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung mit den zugehörigen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung.

Grundsätzlich erfolgt der Datenaustausch direkt zwischen der Klinik und der DSRV. Sollte im Datenaustausch mit der Klinik eine Datenannahme- und Verteilstelle auf Klinikseite beteiligt sein, die nicht von der zugehörigen Betreibergesellschaft, sondern von einem externen Softwareanbieter betrieben wird, ist die Vorlage einer Vereinbarung zur Auftragsdatenverarbeitung zwischen Klinik und Softwareanbieter notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift **und** Stempel der Klinik

Zulassender Federführer (nur vom federführenden RV-Träger auszufüllen):

Name des Federführers*	
Institutionskennzeichen (IK)*	
Ansprechpartner*	
Telefon*	
E-Mail des Federführer*	
Datum für Testbeginn	

* Pflichtfeld

Ort, Datum

Unterschrift **und** Stempel Federführer