





Psychosomatisch-psychotherapeutischer Arztbrief
auf Basis der HL7 Clinical Document Architecture Release 2
für das deutsche Gesundheitswesen




Implementierungsleitfaden

vorgelegt von:
HL7 Deutschland e. V. und TU Dresden

Final

Version: 1.00
Datum: 18. Dezember 2020
Status:  Abgestimmt
Verfahren: Standard zur Probe (STU)
Realm:  Deutschland

Copyright © 2020: HL7 Deutschland e. V.
Anna-Louisa-Karsch-Str. 2
10178 Berlin

Kontributoren		
	HL7 Deutschland e. V.	Berlin
	Technische Universität Dresden	Dresden
	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	Dresden

Inhaltsverzeichnis

1 Dokumenteninformationen	6
1.1 Dokumentenhistorie	6
1.2 Impressum	6
1.3 Ansprechpartner und Autoren	6
1.4 Disclaimer	6
1.5 Copyright-Hinweis, Nutzungshinweise.....	7
2 Einleitung und Motivation	8
2.1 Zielgruppe.....	8
2.2 Der elektronische Arztbrief Psychosomatik-Psychotherapie bzw. Psychotraumatologie	9
2.3 Telemedizinisches Netzwerk Psychotraumatologie Sachsen.....	13
3 Funktionale Beschreibung zum Arztbrief Psychotraumatologie	14
3.1 Anrede 0...1 R 7	14
3.2 Patient 1...1 R 1	14
3.3 Autor 1...1 R 2.....	14
3.4 Dokument-verwaltenden Einrichtung 1...1 R 3.....	14
3.5 Verantwortlicher Unterzeichner 1...* R 4	14
3.6 Art der Versorgung 1...1 R 5.....	14
3.7 Vertraulichkeit 1...1 R 26	15
3.8 Diagnosen 0...* R 8	15
3.9 Beschwerdebild und (Beschwerde-)Entwicklung 0...1 R 9	15
3.10 Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Anamnese 0...1 R 27	16
3.10.1 Biografische Anamnese 0...1 R 22.....	16
3.10.2 Soziale Anamnese 0...1 R 11	16
3.10.3 Suchtanamnese 0...1 R 32.....	16
3.10.4 Anamnese des Essverhaltens 0...1 R 34	17
3.10.5 Anamnese selbstschädigendes Verhaltens 0...1 R 45	17
3.10.6 Sonstige psychische Anamnese 0...1 R 46.....	17
3.10.7 Traumaanamnese/Anamnese kritischer Lebensereignisse 0...1 R 10.....	17
3.10.8 Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbehandlung 0...1 R 29	17
3.11 Organmedizinische Anamnese 0...1 R 12.....	18
3.11.1 Eigenanamnese 0...1 R 30.....	18
3.11.2 Familienanamnese 0...1 R 14.....	18
3.11.3 Vegetative Anamnese 0...1 R 13.....	18
3.11.4 Gynäkologische Anamnese 0...1 R 31	18
3.11.5 Sexualanamnese 0...1 R 33.....	19
3.11.6 Sonstige organmedizinische Anamnese 0...1 R 35.....	19

3.11.7 Medikamentenanamnese 0...1 R 36.....	19
3.11.8 Medikation bei Aufnahme 0...1 R 15.....	19
3.12 Befunde 0...1 R 37.....	19
3.12.1 Körperlicher Befund bei Aufnahme 0...1 R 16.....	19
3.12.2 Konsile 0...1 R 20.....	20
3.12.3 Organmedizinische Diagnostik 0...1 R 38.....	20
3.12.4 Laborbefunde 0...1 R 17.....	20
3.12.5 Psychischer Befund bei Aufnahme 0...1 R 18.....	20
3.12.6 Testpsychologische Diagnostik 0...1 R 39.....	20
3.13 Behandlung 0...1 R 21.....	21
3.13.1 Behandlungseinheiten 0...1 R 40.....	21
3.13.2 Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext 0...1 R 41.....	21
3.13.3 Behandlungsverlauf 0...1 R 42.....	21
3.14 Entlassmanagement und Therapieempfehlung (stationär/teilstationär) 0...1 C 24.....	21
3.15 Diagnostische Einschätzung und Therapieempfehlung (ambulant) 0...1 C 43.....	22
3.16 Sozialmedizinische Einschätzung 0...1 R 44.....	22
3.17 Zusammenfassung (stationär/teilstationär) 0...1 C 23.....	22
3.18 Entlassungsmedikation 0...1 R 25.....	22
4 Spezifische Implementierungshinweise.....	23
5 CDA Document Level Templates.....	24
5.1 Arztbrief Psychotraumatologie ambulant/stationär.....	24
6 CDA Section Level Templates.....	60
6.1 Anamnese des Essverhaltens.....	60
6.2 Anamnese selbstschädigendes Verhaltens.....	61
6.3 Behandlungsverlauf.....	62
6.4 Beschwerden bei Vorstellung.....	63
6.5 Biografische Anamnese.....	64
6.6 Eigenanamnese.....	65
6.7 Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext.....	66
6.8 Gynäkologische Anamnese.....	68
6.9 Körperlicher Befund bei Aufnahme.....	69
6.10 Laborbefunde.....	70
6.11 Medikamentenanamnese.....	71
6.12 Psychischer Befund bei Aufnahme.....	72
6.13 Psychosoziale Anamnese.....	73
6.14 Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbehandlung.....	74
6.15 Sexualanamnese.....	75
6.16 Sonstige organmedizinische Anamnese.....	76















6.17 Sonstige psychische Anamnese	77
6.18 Sozialmedizinische Einschätzung	78
6.19 Suchtanamnese.....	79
6.20 Testpsychologische Diagnostik.....	81
6.21 Vegetative Anamnese.....	83
7 Bestehende Templates	85
8 Anhang.....	87
8.1 Referenzen	87
8.2 Abbildungen	87

1 Dokumenteninformationen

1.1 Dokumentenhistorie

Psychosomatisch-psychotherapeutischer Arztbrief

Psychosomatisch-psychotherapeutischer Arztbrief auf Basis der HL7 Clinical Document Architecture Release 2 für das deutsche Gesundheitswesen

Status	Typ	Version	Datum	PDF	Wiki	ART-DE-COR
 Final	STU	1.00	18.12.2020			
 Abgleich	STU	0.90	08.12.2020	-		
 Abstimmung	STU	0.90	04.11.2020			
 Entwurf	STU	0.10	24.08.2020	-		

1.2 Impressum

Dieser Leitfaden wurde im Rahmen des Interoperabilitätsforums und der Technischen Komitees von HL7 Deutschland e. V. sowie der entsprechenden Projektgruppen erstellt und unterliegt dem Abstimmungsverfahren des Interoperabilitätsforums^[1] und der Technischen Komitees von HL7 Deutschland e. V.^[2]

1.3 Ansprechpartner und Autoren

Person	Institutionaler Hintergrund	Verantwortlichkeit
Frau Dr. Schellong	Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden	Fachliche Spezifikation
Herr Dr. Heitmann	HL7 Deutschland e.V.	Technische Spezifikation
Herr Scheplitz	Technische Universität Dresden, Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik, insb. Systementwicklung	Interdisziplinäre Begleitung

1.4 Disclaimer

Disclaimer



- Der Inhalt dieses Dokumentes ist öffentlich. Zu beachten ist, dass Teile dieses Dokuments auf der Normative Edition 2005 von HL7 Version 3 bzw. dem ISO-Standard Clinical Document Architecture (CDA) Release 2 (ISO/HL7 27932:2009 Data Exchange Standards -- HL7 Clinical Document Architecture, Release 2) beruhen, für die © HL7 International gilt.
- Obwohl diese Publikation mit größter Sorgfalt erstellt wurde, kann HL7 Deutschland keinerlei Haftung für direkten oder indirekten Schaden übernehmen, die durch den Inhalt dieser Spezifikation entstehen könnten.



Disclaimer Alle durch HL7 Deutschland erarbeiteten Leitfäden, die auf Standards aus der HL7-Familie beruhen und diese konform einschränken, gelten die Lizenzbestimmungen, die HL7-D einhalten muss. Hier wären primär die IP-Rechte (<http://www.hl7.org/legal/ippolicy.cfm>), das Affiliate Agreement, das Governance and Operations Manual (http://www.hl7.org/documentcenter/public/membership/HL7_Governance_and_Operations_Manual.pdf) und die Bylaws (<http://www.hl7.org/about/bylaws.cfm>) zu nennen. Leitfäden, die das vorgeschriebene Ballotierungsverfahren durchlaufen haben, dürfen als gültige Affiliate Localization bezeichnet werden.

1.5 Copyright–Hinweis, Nutzungshinweise

Nachnutzungs- bzw. Veröffentlichungsansprüche

Für alle veröffentlichten Dateien mit einem CDA-Bezug gilt ferner: Alle abgestimmten und veröffentlichten **Spezifikationen wie Implementierungsleitfäden, Stylesheets und Beispieldateien** sind frei verfügbar und unterliegen keinerlei Einschränkungen, da die Autoren auf alle Rechte, die sich aus der Urheberschaft der Dokumente ableiten lassen, verzichten.

Alle auf nationale Verhältnisse angepassten und veröffentlichten CDA-Schemas können ohne Lizenz- und Nutzungsgebühren in jeder Art von Anwendungssoftware verwendet werden.

Aus der Nutzung ergibt sich kein weiter gehender Anspruch gegenüber HL7 Deutschland e.V., zum Beispiel eine Haftung bei etwaigen Schäden, die aus dem Gebrauch der Spezifikationen bzw. der zur Verfügung gestellten Dateien entstehen.

Näheres unter <http://www.hl7.de> und <http://www.hl7.org>.

2 Einleitung und Motivation

Belastende Erlebnisse, wie schwerwiegende Unfälle, Naturkatastrophen, körperliche und sexuelle Gewalt, Krieg, Folter oder Flucht, können psychisch verwunden und Traumafolgestörungen verursachen. Die Vielgestaltigkeit der psychischen Reaktionen mit Neigung zur Chronifizierung verlangt einen spezifischen Versorgungs- und Betreuungsaufwand, der insbesondere in ländlichen Regionen nur unzureichend abgedeckt werden kann. Frühzeitige und passgenaue Interventionen sowie die Stärkung multi-professioneller Zusammenarbeit können dem effektiv entgegenwirken. Eine differenzierte und methodengeleitete Kommunikation ist hier unabdingbar. Nicht alle Partner eines psychosomatisch-psychotherapeutischen Netzwerks sind gewohnt, psychotraumatologische Inhalte mit zu erfassen. Hier leistet ein psychotraumatologische Aspekte einschließender Arztbrief wertvolle Vermittlungsarbeit und unterstützt damit die transparente, patientenzentrierte und gerade in diesem hochsensiblen Gebiet so wichtige datensichere Netzwerkarbeit.

In der neuen Weiterbildungsordnung zum Facharzt/Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird traumaspezifische Methodenkompetenz gefordert [1] (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20190920_MWBO-2018.pdf). Der hier vorgestellte Arztbrief deckt das gesamte Spektrum der psychosomatisch-psychotherapeutischen Befundlage und Behandlungsgegebenheiten ab, insbesondere da bei Traumafolgestörungen eine hohe Komorbidität mit weiteren psychischen Störungen (F-Diagnosen im ICD-10) und körperlichen Erkrankungen bekannt ist. Die Spezifikation ist so konzipiert, sodass sie als rein psychotraumatologischer Arztbrief ebenso wie als Befundbericht jeder anderen psychischen Störung verwendet werden kann.

Im Rahmen der Kommunikation zwischen Akteuren im Gesundheitswesen ist der Arztbrief als „Kondensat ärztlichen Handelns“ von überragender Bedeutung. Das Ziel dieses Dokuments ist die Beschreibung eines elektronischen Arztbriefs, der die bereits etablierte Spezifikation des Arztbrief Plus gezielt um die Fachspezifika der Psychosomatik, Psychotherapie und Psychotraumatologie erweitert. Ein derartiger Arztbrief enthält die medizinisch und therapeutisch relevanten Teile der Geschichte eines Patienten über einen bestimmten Zeitraum und ist gedacht zur Übermittlung zwischen Gesundheitsdienstleistern (primär: „Leistungserbringer“). Die Beschreibung enthält Festlegungen, Einschränkungen und Bedingungen auf Grundlage von HL7 CDA-Elementen (Clinical Document Architecture). Der Implementierungsleitfaden inkl. technische Spezifikation dient demnach der Überführung des klinisch-fachlichen Hintergrunds in die IT-Landschaften der Leistungserbringer. Sie wurden im Rahmen eines psychotraumatologischen telemedizinischen Projektes entwickelt und beschreiben eine technische Standardisierungsleistung der Dokumentenstruktur und ihren Inhalten. Ihre Integration in und ihre Nutzung durch Dokumentations- und Kommunikationssysteme zur Unterstützung der therapeutischen Arbeit verbessern neben der differenzierten Erfassung und Kommunikation psychotraumatologischer Sachverhalte insbesondere den technischen Informationsaustausch bspw. in interorganisationalen Versorgungsnetzwerken.

2.1 Zielgruppe

Der Leserkreis dieses Dokuments setzt sich aus Personen der fachspezifischen Leistungserbringungen und Personen technischen Hintergrunds zusammen. Er umfasst somit einerseits Mediziner*innen und Therapeuten*innen mit psychosomatisch-psychotherapeutischer bzw. psychotraumatologischer Expertise und andererseits Software-Entwickler*innen sowie Berater*innen, die allgemein mit Implementierungen und Integrationen im Umfeld elektronischer Arztbriefe betraut sind.

Beispiele für konforme Dokumenten-Fragmente werden innerhalb dieses Leitfadens aufgeführt. Die Spezifikation von Infrastrukturen, Workflows, Nachrichten, Prozeduren oder Protokollen zur Übermittlung der Arztbriefe ist nicht im Fokus dieses Dokuments.

2.2 Der elektronische Arztbrief Psychosomatik–Psychotherapie bzw. Psychotraumatologie

Der elektronische Arztbrief Psychosomatik-Psychotherapie bzw. Psychotraumatologie unterscheidet sich im Versorgungsgeschehen zwar nach ambulanter und (teil-)stationärer Betreuung, hat aber in der Definition der Inhalte große Überlappungen. In der vorliegenden Spezifikation ist dieser Arztbrief daher als ein gemeinsames Artefakt beschrieben. Die Besonderheiten sind an entsprechenden Stellen erläutert und perspektivisch mit einem adäquaten Regelsystem hinterlegt. Dadurch wird die Implementierung in Softwaresystemen vereinfacht.

Die nachfolgende tabellarische Darstellung fasst Struktur und Inhalte der Spezifikation zunächst aus fachlicher Perspektive zusammen. Sie bietet daher insbesondere Expertinnen und Experten für seelische Gesundheit eine Übersicht des psychosomatisch-psychotherapeutischen Arztbriefs.

Die Spezifikation definiert die Inhalte eines Arztbriefes als technisches Regelwerk. **Sie setzt keine verbindlichen Vorgaben hinsichtlich Reihenfolge, Vollständigkeit oder Aussehen fest.** IT-Systeme können die CDA-Spezifikation klinikindividuell aufgreifen und die Ausgabe-Optik flexibel anpassen. So ist es bspw. möglich, ausschließlich ausgefüllte Kategorien in den finalen (grafischen) Arztbrief zu überführen und unzutreffende Kategorien auszublenden. So kann ein Arztbrief auch mit nur bestimmten Teilen der nachfolgenden Tabelle zusammengestellt werden. Es besteht keine Verbindlichkeit, alle Felder auszufüllen.“

Psychosomatisch-psychotherapeutischer bzw. psychotraumatologischer Arztbrief	Ergänzende Hinweise und Erklärungen
Anrede	<p>Umfasst die allgemeinen einleitenden freitextlichen Sätze eines Dokuments, u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anrede der Kollegin, des Kollegen ▪ Nennung der Patientin, des Patienten ggf. inkl. Geburtsdatum ▪ Zeitraum der Betreuung
Sub-Typ	<p>Unterscheidungsmerkmal zweier Arztbrief-Arten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arztbrief (auch als Abschlussbericht, Entlassungsbericht, Zwischenbericht, Verlegungsbericht etc.) ▪ Kurz-Arztbrief (verkürzt; auch als vorläufiger Zwischenbericht etc.)
Art der Versorgung/Stellungnahme	<p>Basis für Logik eines Anwendungssystems z.B. zur Erstellung eines Arztbriefes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationär ▪ Teilstationär ▪ Ambulant
Vertraulichkeit	<p>Attribut zur Vertraulichkeitsverwaltung durch Anwendungssysteme</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ normal vertraulich ▪ streng vertraulich
Diagnosen	<p>Aktuelle ICD-10 Diagnose mit Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (G, V, A, Z)</p>
Beschwerdebild und (Beschwerde-)Entwicklung	<p>Spontanbeschreibung und weiterführende Angaben zu Beschwerden der Patientin, des Patienten; Anlass des Hilfesuches</p> <p><i>Hinweis: Beim Verfassen hier insbesondere auf die Wortwahl achten. Ggf. Umschreibungen nutzen. Z.B. keine Namennennung, keine detaillierten Angaben zu sexualisierter Gewalt und zum Tathergang. Keine Angaben, die Rückschlüsse auf die Täterin, den Täter zulassen, sofern keine Verurteilung stattgefunden hat. Alle Formulierungen nur in Absprache mit der Patientin, dem Patienten. Bitte die Möglichkeit berücksichtigen, bestimmte Teile aus Patientinnen- und Patientenschutzgründen im Arztbrief unerwähnt zu lassen (z.B. bestimmte oder detaillierte Angaben zur Traumatisierung).</i></p> <p><i>Selbstverständlich können an unterschiedliche Adressatinnen und Adressaten (Mitbehandelnde, ärztlicher Dienst einer Behörde, ärztliche Stellungnahmen) unterschiedlich detaillierte Arztbriefe versendet werden.</i></p>
Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Anamnese	Gruppierung nachfolgender Fachinhalte
└	Biografische Anamnese
	Umfasst Angaben u.a. zu Alter und Beruf der Eltern, Geschwister, Umstände und Beziehungen, Herkunftsfamilie/Lebensumstände, chronologischer Ablauf wichtiger Entwicklungsschritte (Schule, Studium, Beruf)
└	Soziale Anamnese
	Umfasst Angaben zur aktuellen Lebenssituation (aktuelle berufliche Situation, Partnerschaft), evtl. vorhandene Stressoren (Gerichtsverfahren, soziale Absicherung etc.)

└	Suchtanamnese	Zeitliche (anamnestisch bis aktuell) und teilweise mengen-/ umfangbezogene Angaben der Patientin, des Patienten zu stoffgebundenem und nicht stoffgebundenem (u.a. Computer, Internet, Kaufen, Glückspiel) Suchtverhalten
└	Anamnese des Essverhaltens	Angaben der Patientin, des Patienten zur Menge und Zusammensetzung der Mahlzeiten, Essstörungen, Purgung
└	Anamnese selbstschädigendes Verhaltens	Selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche bzw. vergangene Suizidalität, fremdgefährdendes Verhalten, gesundheitsschädigendes Verhalten, Risikoverhalten
└	Sonstige psychische Anamnese	Zusätzliche Angaben aus psychischen Anamnesen mit besonderer Spezialisierung, bspw. forensische Anamnese
└	Traumaaamnese/Anamnese kritischer Lebensereignisse	<p>Auflistung potenziell traumatischer Ereignisse oder kritischer Lebensumstände inkl. Zeitraum und ggf. kurze Umschreibung des Kontextes, ggf. Belastungsgrad</p> <p><i>Hinweis: Beim Verfassen hier insbesondere auf die Wortwahl achten. Ggf. Umschreibungen nutzen. Z.B. keine Namensnennung, keine detaillierten Angaben zu sexualisierter Gewalt und zum Tathergang. Keine Angaben, die Rückschlüsse auf die Täterin, den Täter zulassen, sofern keine Verurteilung stattgefunden hat. Alle Formulierungen nur in Absprache mit der Patientin, dem Patienten. Bitte die Möglichkeit berücksichtigen, bestimmte Teile aus Patientinnen- und Patientenschutzgründen im Arztbrief unerwähnt zu lassen (z.B. bestimmte oder detaillierte Angaben zur Traumatisierung).</i></p> <p><i>Selbstverständlich können an unterschiedliche Adressatinnen und Adressaten (Mitbehandelnde, ärztlicher Dienst einer Behörde, ärztliche Stellungnahmen) unterschiedlich detaillierte Arztbriefe versendet werden.</i></p>
└	Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbehandlung	Umfasst Angaben zu vorangegangenen psychosomatischen, psychiatrischen, psychologischen Behandlungen sowie Angaben zum jeweiligen Versorgungssetting ((teil-)stationäre, ambulante Behandlungen, Rehabilitationsbehandlungen, geschützte Unterbringungen, Zwangsbehandlungen oder EKT-Vorbehandlungen), Zeitraum, ggf. Anlass, ggf. Bemerkungen seitens der Patientin, des Patienten dazu
Organmedizinische Anamnese		Gruppierung nachfolgender Fachinhalte
└	Eigenanamnese	Erfassung und Verlauf bisheriger körperlicher Erkrankungen der Patientin, des Patienten
└	Familienanamnese	Kurze Zusammenfassung relevanter schwerer, ggf. vererbbarer körperlicher Erkrankungen leiblich verwandter Familienangehöriger der Patientin, des Patienten
└	Vegetative Anamnese	Angaben der Patientin, des Patienten zu Appetit, Gewicht, Allergien, Nachtschweiß, Stuhlgang, Miktion, Schlaf, ggf. Sexualität
└	Gynäkologische Anamnese	Angaben der Patientin zu Menstruation, Menarche, Menopause, Schwangerschaften, Geburten
└	Sexualanamnese	Angaben der Patientin, des Patienten zur Libido, Geschlechtsidentität, Schmerzen, Operationen
└	Sonstige organmedizinische Anamnese	Zusätzliche Angaben aus organmedizinischen Anamnesen mit besonderer Spezialisierung, bspw. onkologische Anamnese
└	Medikamentenanamnese	Angaben über Medikamente, die die Patientin, der Patient früher bis jemals in seinem Leben eingenommen hat;

		Ggf. Angaben der Patientin, des Patienten zu Erfahrungen zur subjektiven Wirksamkeit, Verträglichkeit, Adhärenz
└	Medikation bei Aufnahme	Aktuell (bei Aufnahme) eingenommene Medikation
Befunde		Gruppierung nachfolgender Fachinhalte
└	Körperlicher Befund bei Aufnahme	Ergebnisse der körperlichen Untersuchung
└	Konsile	Ergebnisse einer interdisziplinären Untersuchung (anderes Fachgebiet) inkl. Behandlungsempfehlungen
└	Organmedizinische Diagnostik	Umfasst Ergebnisse bspw. aus EKG, Sonographie, Bildgebungen bzw. radiologische Untersuchungen etc.
└	Laborbefunde	Laborbefunde; eventuell im Verlauf
└	Psychischer Befund bei Aufnahme	Ergebnisse psychischer Untersuchung bspw. nach AMDP; Funktionseinschränkungen im Alltag oder im Beruf (ICF)
└	Testpsychologische Diagnostik	Numerische und kurze verbale Ergebnisse von Fragebogenuntersuchungen/Interviewdiagnostik; Ergebnisse Verhaltensanalyse bzw. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), ggf. Evaluation des Therapiefortschritts: Zwischentestung, Zielerreichungsskala, psychologische Abschlusstestung
Behandlung		Gruppierung nachfolgender Fachinhalte
└	Behandlungseinheiten	Absolvierte Therapiemodule (z.B. Einzel-, Gruppe-, Kunst-, Körpertherapie etc.), Therapieverfahren (z.B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemisch etc.) und eingesetzte Therapiemethoden (z.B. Prolonged Exposure, EMDR etc.)
└	Einordnung des Krankheitsbildes in den biopsychosozialen Kontext	Einordnung der persönlichen und sozialen Entwicklung sowie der krankheitsauslösenden Bedingungen in ein psychodynamisches oder verhaltensanalytisches Verständnis
└	Behandlungsverlauf	Umfasst Angaben zum therapeutischen Bündnis, Behandlungsmotivation, Behandlungsinhalten, Festlegung und Erreichung von vereinbarten Therapiezielen, Ergebnisse der Anwendung spezifischer Behandlungsmethoden
Entlassmanagement und Therapieempfehlung		Für stationären und teilstationären Arztbrief; Vorbereitung des poststationären Vorgehens der Patientin, des Patienten, bspw. Empfehlungen zur weiteren Verfahrensweise, Anbindung, Hinweise an die Nachbehandelnden
Diagnostische Einschätzung und Therapieempfehlung		Für ambulanten Arztbrief; Schlussfolgerungen aus der Diagnostik und Behandlungsverlauf für Nachbehandelnde sowie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen
Sozialmedizinische Einschätzung		Kurze Einschätzung zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (ggf. ICF), Maßnahmen zur sozialen Integration
Zusammenfassung		Für stationären und teilstationären Arztbrief;

	Ein kurzer Satz zum Behandlungsverlauf, zur Motivation/Compliance, weitere Schritte
Entlassungsmedikation	Medikation zum Abschluss bzw. zum Zeitpunkt der Entlassung

Hinweise: "Entlassmanagement und Therapieempfehlung" gilt nur für den stationären und teilstationären Arztbrief, "Diagnostische Einschätzung und Therapieempfehlung" hingegen nur für den ambulanten Arztbrief. Eine "Zusammenfassung" ist für den stationären und teilstationären Arztbrief vorgesehen.

2.3 Telemedizinisches Netzwerk Psychotraumatologie Sachsen

Mit dem „Traumanetz Seelische Gesundheit“ besteht bereits ein professioneller Zusammenschluss von Einrichtungen der Psychotraumaversorgung in Sachsen. Das EFRE-geförderte Projekt „Telemedizinisches Netzwerk Psychotraumatologie Sachsen“ (Tele-NePS) soll innerhalb dieses Fachnetzwerks eine integrierte Behandlungskette von Traumafolgestörungen etablieren und die Versorgung durch digitale Technologien entscheidend unterstützen sowie nachhaltig verbessern.

Im Rahmen des Projektes werden unterschiedliche IuK-Technologien zusammengeführt und in eine bestehende TeleHealth-Plattform integriert, um Kommunikation und Kooperation in der krankheitsspezifischen Versorgung zu optimieren. Nebst neuartigen, patientenseitigen Anwendungen des Screenings sowie der Therapiebegleitung dient eine elektronische Fallakte den Netzwerkpartnern - vorwiegend Trauma-Ambulanzen und niedergelassenen Psychotherapeuten/innen - zur einrichtungsübergreifenden Dokumentation und Information der Traumaversorgung. Somit bilden eine verbesserte Vernetzung der professionellen Teilhaber, die technologische Unterstützung ihrer Interventionen sowie eine intensiviertere Einbindung des Patienten in die eigenen Versorgungsprozesse die Kernziele des Projektes.

Schwerpunkt der konzipierenden und realisierenden Tätigkeiten bildet dabei die Orientierung der Projektziele nach höchstmöglicher Interoperabilität. Nur unter dieser Prämisse kann eine erfolgreiche Integration diverser technologischer Artefakte (Komposition aus elektronischer Fallakte, professionelle Anwendungen der Diagnose- und Therapieunterstützung, Patienten-Apps, etc.) in ein multiprofessionelles Versorgungsnetzwerk mit heterogenen IT-Landschaften gewährleistet werden. Hierfür werden aktuelle technologische Dokumenten- und Kommunikationsstandards verwendet und weiterentwickelt. Dazu gehört die Abstimmung gemeinsamer Metadatensätze sowie die Festlegung von Austauschformaten. Einen Bestandteil bildet die Spezifikation des **psychosomatisch-psychotherapeutischen bzw. psychotraumatologischen Arztbriefs auf der Basis der Clinical Document Architecture (CDA)**, der die bestehenden Dokumentenstrukturen des *Arztbrief Plus* um Komponenten der Psychosomatik und Psychotraumatologie erweitert. Weiterhin wird ein standardisierter **Screening-Fragebogen auf FHIR-Basis** etabliert, der zur einheitlichen Anamnese innerhalb des Traumanetzwerks dient.

Gefördert durch die Europäische Union (EFRE) sowie das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt; Konzeption und Umsetzung verantwortet ein interdisziplinäres Projektkonsortium bestehend aus der Forschungsgruppe helict (TU Dresden; Wirtschaftsinformatik, insbes. Systementwicklung), der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Dresden sowie die Carus Consilium Sachsen GmbH.

Im weiteren Verlauf dieser Spezifikation geht es ausschließlich um den elektronischen Arztbrief für die Psychosomatik-Psychotherapie bzw. Psychotraumatologie für den ambulanten und den (teil-)stationären Sektor.

3 Funktionale Beschreibung zum Arztbrief Psychotraumatologie

Der technischen Spezifikation liegt eine Analyse der funktionalen Anforderung zugrunde. Diese wurden im Tool ART-DECOR® in einem Datensatz zum Arztbrief Psychotraumatologie und dem zugehörigen Szenario dokumentiert.

Im Folgenden ist das Szenario "Arztbrief Psychotraumatologie" wiedergegeben, dass die Strukturen und Hierarchien der behandelten Datenelemente wiedergibt. Die Datenelemente sind mit einer Kardinalität angezeigt (0..1, 1..1 etc.) und erhalten auch die Angabe, ob es sich um ein unbedingt auszufüllendes Feld (M) oder ein verpflichtendes Feld (R) handelt. Datentypen werden ebenso dokumentiert, wie beispielsweise eine Messgröße (Quantität) oder eine Zeichenkette (String). Die umrandeten Zahlen sind Item-Nummern zur einfacheren Identifizierung der Datenelemente.

Hinweise: einige Blöcke wurden nur auf Gruppen-Niveau modelliert, da es sich um die Gruppen des Arztbrief PLUS handelt und dort ausgeführt sind. Die Sections sind alle optional aufgeführt, müssen aber alle unterstützt werden. Spezifische Anwendung-Szenarien können bestimmte Sections verpflichtend machen.

3.1 Anrede 0...1 R

7

Wertedomäne: Text

3.2 Patient 1...1 R

1

Wertedomäne: Zusammenstellung von Daten

3.3 Autor 1...1 R

2

Wertedomäne: Zusammenstellung von Daten

3.4 Dokument-verwaltenden Einrichtung 1...1 R

3

Wertedomäne: Zusammenstellung von Daten

3.5 Verantwortlicher Unterzeichner 1...* R

4

Wertedomäne: Zusammenstellung von Daten

3.6 Art der Versorgung 1...1 R

5

Angabe zur Art der Versorgung bzw. der Stellungnahme

Synonyme:

- Art der Stellungnahme

- Art der Betreuung
- Art des Aufenthalts

Wertedomäne: Kode

Konzeptliste (3)

Konzept
stationär
teil-stationär
ambulant

3.7 Vertraulichkeit 1...1 R

26

Angabe zur Vertraulichkeit der Patienteninformationen

Synonyme:

- Vertraulichkeitsstufe
- Vertraulichkeitsgrad

Wertedomäne: Kode

Konzeptliste (2)

Konzept
normal
streng vertraulich

3.8 Diagnosen 0...* R

8

Aktuelle ICD-10 Diagnose mit Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (G, V, A, Z)

Wertedomäne: Zusammenstellung von Daten

3.9 Beschwerdebild und (Beschwerde-)Entwicklung 0...1 R

9

Spontanbeschreibung und weiterführende Angaben zu Beschwerden der Patientin, des Patienten; Anlass des Hilfesuches

Kommentar

Hinweis: Beim Verfassen hier insbesondere auf die Wortwahl achten. Ggf. Umschreibungen nutzen. Z.B. keine Namennennung, keine detaillierten Angaben zu sexualisierter Gewalt und zum Tathergang. Keine Angaben, die Rückschlüsse auf die Täterin, den Täter zulassen, sofern keine Verurteilung stattgefunden hat. Alle Formulierungen nur in Absprache mit der Patientin, dem Patienten. Bitte die Möglichkeit berücksichtigen, bestimmte

Teile aus Patientinnen- und Patientenschutzgründen im Arztbrief unerwähnt zu lassen (z.B. bestimmte oder detaillierte Angaben zur Traumatisierung).

Ggf. an unterschiedliche Adressatinnen und Adressaten (Mitbehandelnde, ärztlicher Dienst einer Behörde, ärztliche Stellungnahmen) unterschiedlich detaillierte Arztbriefe verfassen.

Wertedomäne: Text

3.10 Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Anamnese 0...1 R

27

Eine Psychosomatisch-psychotherapeutische Anamnese kann folgenden Aspekte umfassen: Biografische Anamnese, Soziale Anamnese, Suchtanamnese, Anamnese des Essverhaltens, Anamnese selbstschädigendes Verhaltens, Traumaanamnese/Anamnese kritischer Lebensereignisse, Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbehandlungen

3.10.1 Biografische Anamnese 0...1 R

22

Ist Teil der psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Anamnese. Umfasst

- Alter und Beruf der Eltern,
- Geschwister,
- Umstände und Beziehungen,
- Herkunftsfamilie,
- Lebensumstände,
- chronologischer Ablauf wichtiger Entwicklungsschritte (Schule, Studium, Beruf)

Wertedomäne: Text

3.10.2 Soziale Anamnese 0...1 R

11

Teil der Psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Anamnese
Umfasst Angaben zur aktuellen Lebenssituation (aktuelle berufliche Situation, Partnerschaft), evtl. vorhandene Stressoren (Gerichtsverfahren, soziale Absicherung etc.)

Wertedomäne: Text

3.10.3 Suchtanamnese 0...1 R

32

Teil der Psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Anamnese.
Zeitliche (anamnestisch bis aktuell) und teilweise mengen-/ umfangbezogene Angaben der Patientin, des Patienten zu stoffgebundenem und nicht stoffgebundenem (u.a. Computer, Internet, Kaufen, Glückspiel) Suchtverhalten

Wertedomäne: Text

3.10.4 Anamnese des Essverhaltens 0...1 R

34

Teil der Psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Anamnese.

Angaben der Patientin, des Patienten zur Menge und Zusammensetzung der Mahlzeiten, Essstörungen, Purging

Wertedomäne: Text

3.10.5 Anamnese selbstschädigendes Verhaltens 0...1 R

45

Ist Teil der psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Anamnese.

Selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche bzw. vergangene Suizidalität, fremdgefährdendes Verhalten, gesundheitsschädigendes Verhalten, Risikoverhalten

Wertedomäne: Text

3.10.6 Sonstige psychische Anamnese 0...1 R

46

Ist Teil der psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Anamnese.

Zusätzliche Angaben aus psychischen Anamnesen mit besonderer Spezialisierung, bspw. forensische Anamnese

Wertedomäne: Text

3.10.7 Traumaanamnese/Anamnese kritischer Lebensereignisse 0...1 R

10

Ist Teil der Psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Anamnese.

Auflistung potenziell traumatischer Ereignisse oder kritischer Lebensumstände inkl. Zeitraum und ggf. kurze Umschreibung des Kontextes, ggf. Belastungsgrad

Kommentar

Hinweis: Beim Verfassen hier insbesondere auf die Wortwahl achten. Ggf. Umschreibungen nutzen. Z.B. keine Namennennung, keine detaillierten Angaben zu sexualisierter Gewalt und zum Tathergang. Keine Angaben, die Rückschlüsse auf die Täterin, den Täter zulassen, sofern keine Verurteilung stattgefunden hat. Alle Formulierungen nur in Absprache mit der Patientin, dem Patienten. Bitte die Möglichkeit berücksichtigen, bestimmte Teile aus Patientinnen- und Patientenschutzgründen im Arztbrief unerwähnt zu lassen (z.B. bestimmte oder detaillierte Angaben zur Traumatisierung).

Ggf. an unterschiedliche an unterschiedliche Adressatinnen und Adressaten (Mitbehandelnde, ärztlicher Dienst einer Behörde, ärztliche Stellungnahmen) unterschiedlich detaillierte Arztbriefe verfassen.

Synonyme:

- Traumaanamnese
- Anamnese kritischer Lebensereignisse

Wertedomäne: Text

3.10.8 Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbe-

handlung 0...1 R

29

Teil der Psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Anamnese.

Umfasst Angaben zu vorangegangenen psychosomatischen, psychiatrischen, psychologischen Behandlungen sowie Angaben zum jeweiligen Versorgungssetting ((teil-)stationäre, ambulante Behandlungen, Rehabilitationsbehandlungen, geschützte Unterbringungen, Zwangsbehandlungen oder EKT-Vorbehandlungen), Zeitraum, ggf. Anlass, ggf. Bemerkungen seitens der Patientin, des Patienten dazu

Wertedomäne: Text

3.11 Organmedizinische Anamnese 0...1 R

12

Die Organmedizinische Anamnese kann folgende Aspekte umfassen: Eigenanamnese, Familienanamnese, Vegetative Anamnese, Gynäkologische Anamnese, Sexualanamnese, Sonstige Anamnese, Medikamentenanamnese, Medikation bei Aufnahme

3.11.1 Eigenanamnese 0...1 R

30

Teil der Organmedizinischen Anamnese.

Erfassung und Verlauf bisheriger körperlicher Erkrankungen der Patientin, des Patienten

Wertedomäne: Text

3.11.2 Familienanamnese 0...1 R

14

Teil der Organmedizinischen Anamnese.

Kurze Zusammenfassung relevanter schwerer, ggf. vererbbarer körperlicher Erkrankungen leiblich verwandter Familienangehöriger der Patientin, des Patienten

Wertedomäne: Text

3.11.3 Vegetative Anamnese 0...1 R

13

Teil der Organmedizinischen Anamnese.

Angaben der Patientin, des Patienten zu Appetit, Gewicht, Allergien, Nachtschweiß, Stuhlgang, Miktion, Schlaf, ggf. Sexualität

Wertedomäne: Text

3.11.4 Gynäkologische Anamnese 0...1 R

31

Teil der Organmedizinischen Anamnese.

Angaben der Patientin zu Menstruation, Menarche, Menopause, Schwangerschaften, Geburten

Wertedomäne: Text

3.11.5 Sexualanamnese 0...1 R

33

Teil der Organmedizinischen Anamnese.

Angaben der Patientin, des Patienten zur Libido, Geschlechtsidentität, Schmerzen, Operationen

Wertedomäne: Text

3.11.6 Sonstige organmedizinische Anamnese 0...1 R

35

Teil der Organmedizinischen Anamnese.

Zusätzliche Angaben aus Anamnesen mit besonderer Spezialisierung bzw. oben noch nicht erwähnte Umstände

Wertedomäne: Text

3.11.7 Medikamentenanamnese 0...1 R

36

Teil der Organmedizinischen Anamnese.

Angaben über Medikamente, die die Patientin, der Patient früher bis jemals in seinem Leben eingenommen hat; Ggf. Angaben der Patientin, des Patienten zu Erfahrungen zur subjektiven Wirksamkeit, Verträglichkeit, Adhärenz

Wertedomäne: Text

3.11.8 Medikation bei Aufnahme 0...1 R

15

Teil der Organmedizinischen Anamnese.

Aktuell (bei Aufnahme) eingenommene Medikation

Synonyme:

- Medikamente bei Aufnahme

Wertedomäne: Text

3.12 Befunde 0...1 R

37

Die Gruppe "Befunde" kann folgende Aspekte der konsolidierten Befundlage umfassen: Körperlicher Befund bei Aufnahme, Konsile, Organmedizinische Befunde, Labor, Psychischer Befund bei Aufnahme, Testpsychologische Diagnostik.

3.12.1 Körperlicher Befund bei Aufnahme 0...1 R

16

Ergebnisse der körperlichen Untersuchung

Synonyme:

- Körperlicher Befund

Wertedomäne: Text

3.12.2 Konsile 0...1 R

20

Ergebnis einer interdisziplinären Untersuchung (anderes Fachgebiet) inkl. Behandlungsempfehlungen

Synonyme:

- Konsiliarbefunde

Wertedomäne: Text

3.12.3 Organmedizinische Diagnostik 0...1 R

38

Umfasst Ergebnisse bspw. aus EKG, Sonographie, Bildgebungen bzw. radiologische Untersuchungen etc.

Synonyme:

- Organmedizinischer Befund

Wertedomäne: Text

3.12.4 Laborbefunde 0...1 R

17

Laborbefunde; eventuell im Verlauf

Synonyme:

- Laborwerte

Wertedomäne: Text

3.12.5 Psychischer Befund bei Aufnahme 0...1 R

18

Ergebnisse psychischer Untersuchung bspw. nach AMDP; Funktionseinschränkungen im Alltag oder im Beruf (ICF)

Synonyme:

- Psychischer Befund

Wertedomäne: Text

3.12.6 Testpsychologische Diagnostik 0...1 R

39

Numerische und kurze verbale Ergebnisse von Fragebogenuntersuchungen/Interviewdiagnostik; Ergebnisse Verhaltensanalyse bzw. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), ggf. Evaluation des Therapiefortschritts: Zwischentestung, Zielerreichungsskala, psychologische Abschlusstestung

Wertedomäne: Text

3.13 Behandlung 0...1 R

21

Die Gruppe "Behandlung" kann folgende Aspekte umfassen: Behandlungseinheiten, Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext, Behandlungsverlauf

3.13.1 Behandlungseinheiten 0...1 R

40

Teil der Angaben zur Gruppe „Behandlung“, enthält Angaben zu:

- Absolvierte Therapiemodule (z.B. Einzel-, Gruppe-, Kunst-, Körpertherapie, etc.)
- Therapieverfahren (z.B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemisch, etc.)
- eingesetzte Therapiemethoden (z.B. Prolonged Exposure, EMDR, etc.)

Wertedomäne: Text

3.13.2 Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext 0...1 R

41

Teil der Angaben zur Gruppe „Behandlung“, Einordnung der persönlichen und sozialen Entwicklung sowie der krankheitsauslösenden Bedingungen in ein psychodynamisches oder verhaltensanalytisches Verständnis.

Wertedomäne: Text

3.13.3 Behandlungsverlauf 0...1 R

42

Ist Teil der Angaben zur Gruppe „Behandlung“

Umfasst Angaben zum therapeutischen Bündnis, Behandlungsmotivation, Behandlungsinhalten, Festlegung und Erreichung von vereinbarten Therapiezielen, Ergebnisse der Anwendung spezifischer Behandlungsmethoden

Wertedomäne: Zähler

3.14 Entlassmanagement und Therapieempfehlung (stationär/teilstationär) 0...1 C

24

Für stationären und teilstationären Arztbrief; Vorbereitung des poststationären Vorgehens der Patientin, des Patienten, bspw. Empfehlungen zur weiteren Verfahrensweise, Anbindung, Hinweise an die Nachbehandelnden

Wertedomäne: Text

Operationalisation: Bei stationärer bzw. teilstationärer Versorgung

3.15 Diagnostische Einschätzung und Therapieempfehlung (ambulant) 0...1 C

43

Für ambulanten Arztbrief; Schlussfolgerungen aus der Diagnostik und Behandlungsverlauf für Nachbehandelnde sowie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Wertedomäne: Text

Operationalisation: Bei ambulanter Versorgung

3.16 Sozialmedizinische Einschätzung 0...1 R

44

Kurze Einschätzung zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (ggf. ICF), Maßnahmen zur sozialen Integration

Wertedomäne: Text

3.17 Zusammenfassung (stationär/teilstationär) 0...1 C

23

Für stationären und teilstationären Arztbrief; Ein kurzer Satz zum Behandlungsverlauf, zur Motivation/Compliance, weitere Schritte

Wertedomäne: Text

Operationalisation: Bei stationärer bzw. teilstationärer Versorgung

3.18 Entlassungsmedikation 0...1 R

25

Medikation zum Abschluss bzw. zum Zeitpunkt der Entlassung.

Wertedomäne: Text

4 Spezifische Implementierungshinweise

Die Bereiche

- Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Anamnese
- Organmedizinische Anamnese
- Befunde
- Behandlung

werden in der oben genannten medizinisch-fachinhaltlichen Beschreibung im Sinne einer Gruppierung der Fachinhalte geführt. Implementierungstechnisch werden alle Ebenen in einer einzigen Ebene von Sections repräsentiert. Falls eine Untergliederung gewünscht ist, muss dieses in den das CDA-Dokument wiedergebenden Stylesheets geschehen.

5 CDA Document Level Templates

5.1 Arztbrief Psychotraumatologie ambulant/stationär

Id		Gültigkeit	2020-12-18 Andere Versionen mit dieser Id: ▪ <input type="radio"/>
Status	 Entwurf	Versions-Label	v2.0
Name	Arztbrieftelenepsambulant	Bezeichnung	Arztbrief Psychotraumatologie ambulant/stationär

Beschreibung





Elektronischer Arztbrief Psychotraumatologie ambulant/stationär






























Der elektronische Arztbrief Psychotraumatologie ist im Versorgungsgeschehen zwar getrennt nach ambulant/stationär, hat aber in der Definition der Inhalte große Überlappungen, so dass dieser in der vorliegenden Spezifikation als ein gemeinsames Artefakt beschrieben ist, und die Besonderheiten an den entsprechenden Stellen erläutert und perspektivisch auch mit Regeln hinterlegt sind. Dadurch wird die Implementierung in Softwaresystem vereinfacht.























Die tabellarische Darstellung im Implementierungsleitfaden stellt ambulante und stationäre Variante gegenüber.

Zur Unterscheidung zwischen diesen beiden Varianten werden in ClinicalDocument.code folgende LOINC Codes verwendet:

- Arztbrief ambulant (LOINC 75443-2 Mental health Outpatient Note)
- Arztbrief stationär (LOINC 78263-1 Mental health Discharge summary)

Kontext	Pfadname /			
Klassifikation	CDA Document Level Template			
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)			
Benutzt	Benutzt 54 Templates			
	Benutzt von	als	Name	Version
	teleneps-transaction-54	Transaktion	 Erstellung eines Psychosomatisch-psychotherapeutischen Arztbriefs	2020-10-06 10:00:48
	Benutzt	als	Name	Version
	1.2.276.0.76.10.90002	Inklusion	 CDA realmCode	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.90003	Inklusion	 CDA typeId	DYNAMIC	
1.2.276.0.76.10.90004	Inklusion	 CDA id	DYNAMIC	

1.2.276.0.76.10.90006	Inklusion	 CDA effectiveTime	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.90008	Inklusion	 CDA languageCode	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.90009	Inklusion	 CDA setId and versionNumber	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2001	Inklusion	 CDA recordTarget	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2007	Inklusion	 CDA author Person	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2018	Inklusion	 CDA Informant	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2004	Inklusion	 CDA custodian	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2005	Inklusion	 CDA informationRecipient	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2020	Inklusion	 CDA legalAuthenticator	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2019	Inklusion	 CDA authenticator	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2023	Inklusion	 CDA participant Einweiser	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2012	Inklusion	 CDA participant Hausarzt	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2011	Inklusion	 CDA participant Notfallkontakt	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2021	Inklusion	 CDA participant Angehörige	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2022	Inklusion	 CDA participant Kostentraeger	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2025	Inklusion	 CDA participant Ansprechpartner	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2026	Inklusion	 CDA participant Betreuungsorganisation	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2024	Inklusion	 CDA participant Weitere Beteiligte	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.2027	Inklusion	 CDA encompassingEncounter Patientenkontakt (1.1)	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.3001	Containment	 Anrede	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.3027	Containment	 Entlassungsdiagnose	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.3139	Containment	 Beschwerden bei Vorstellung	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.3176	Containment	 Biografische Anamnese	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.3141	Containment	 Psychosoziale Anamnese	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.3170	Containment	 Suchtanamnese	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.3172	Containment	 Anamnese des Essverhaltens	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.3177	Containment	 Anamnese selbstschädigendes Verhalten	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.3178	Containment	 Sonstige psychische Anamnese	DYNAMIC
1.2.276.0.76.10.3140	Containment	 Traumaanamnese / Anamnese kritischer Lebensereignisse	DYNAMIC

	1.2.276.0.76.10.3179	Containment  Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbehandlung	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3180	Containment  Eigenanamnese	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3024	Containment  Familienanamnese	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3143	Containment  Vegetative Anamnese	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3169	Containment  Gynäkologische Anamnese	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3171	Containment  Sexualanamnese	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3181	Containment  Sonstige organmedizinische Anamnese	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3173	Containment  Medikamentenanamnese	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3029	Containment  Medikation bei Einweisung (Historie)	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3182	Containment  Körperlicher Befund bei Aufnahme	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3127	Containment  Konsiliarbefunde	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3100	Containment  Befunde/Ergebnisse	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3183	Containment  Laborbefunde	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3174	Containment  Psychischer Befund bei Aufnahme	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3144	Containment  Testpsychologische Diagnostik	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3032	Containment  Prozeduren und Maßnahmen	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3184	Containment  Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3185	Containment  Behandlungsverlauf	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3033	Containment  Weitere empfohlene Maßnahmen	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3145	Containment  Sozialmedizinische Einschätzung	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3021	Containment  Zusammenfassung des Aufenthalts	DYNAMIC
	1.2.276.0.76.10.3031	Containment  Medikation bei Entlassung	DYNAMIC
Beziehung	Spezialisierung: TemplateSpezialisierung: Template		
Beispiel	<p>Beispiel</p> <pre><ClinicalDocument classCode="DOCCLIN" moodCode="EVN"> <!-- CDA Header --> <realmCode code="DE"/> <typeId root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD_HD000040"/> <templateId root="1.2.276.0.76.10.1033"/> <id extension="5775845684" root="2.16.840.1.113883.3.1937.99.3.2.67587.1"/> <code code="75443-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" displayName="Mental health Outpatient Note" codeSystemName="LOINC"/> <effectiveTime value="20190601123456"/> <confidentialityCode code="N" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"/> <recordTarget></pre>		



```

<!-- .. -->
</recordTarget>
<author>
  <!-- .. -->
</author>
<custodian>
  <!-- .. -->
</custodian>
<!-- CDA Body -->
<component>
  <structuredBody>
    <component>
      <!-- .. -->
    </component>
  </structuredBody>
</component>
</ClinicalDocument>

```

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:ClinicalDocument					(Arz...ant)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCCLIN	
└ @moodCode	cs	0 ... 1	F	EVN	
Eingefügt		1 ... 1	M	von 1.2.276.0.76.10.90002 CDA realmCode (DYNAMIC)	
└ h17:realmCode	CS	1 ... 1	M		CDAr...Code
└ @code	cs	1 ... 1	R		
			CONF	@code muss "DE" sein	
Beispiel				<realmCode code="DE"/>	
Eingefügt		1 ... 1	M	von 1.2.276.0.76.10.90003 CDA typeId (DYNAMIC)	
└ h17:typeId	II	1 ... 1	M		CDAtypeId
└ @extension		1 ... 1	F	POCD_HD000040	
└ @root		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.1.3	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.1033	
Eingefügt		1 ... 1	M	von 1.2.276.0.76.10.90004 CDA id (DYNAMIC)	

└ h17:id	II	1 ... 1	M		(Arz...ant)
Auswahl		1 ...		Auswahl des Codes in Abhängigkeit von der Art des Arztbriefes Elemente in der Auswahl:	
				<ul style="list-style-type: none"> h17:code[@code='75443-2'][not(@nullFlavor)] h17:code[@code='78263-1'][not(@nullFlavor)] 	
└ h17:code	CE	... 1	M	Arztbrief ambulant (LOINC 75443-2 Mental health Outpatient Note)	(Arz...ant)
wo [@code='75443-2']					
└ @code	CONF	1 ... 1	F	75443-2	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ h17:code	CE	... 1	M	Arztbrief stationär (LOINC 78263-1 Mental health Discharge summary)	(Arz...ant)
wo [@code='78263-1']					
└ @code	CONF	1 ... 1	F	78263-1	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M	Dokumententitel. Dieses Element enthält den für den lesenden Dokumentempfänger gedachten Titel. Der Dokumententitel soll nicht den Patientennamen oder andere identifizierende Merkmale enthalten.	(Arz...ant)
Eingefügt		1 ... 1	M	von 1.2.276.0.76.10.90006 CDA effectiveTime (DYNAMIC)	
└ h17:effectiveTime	TS.DATETIME.MIN	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ h17:confidentialityCode	CE	1 ... 1	M	Vertauchlichkeitsniveau, typischerweise normal (N)	(Arz...ant)
	CONF			Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.16926 HL7 BasicConfidentiality-Kind (DYNAMIC)	
Eingefügt		1 ... 1	M	von 1.2.276.0.76.10.90008 CDA languageCode (DYNAMIC)	
└ h17:languageCode	CS.LANG	1 ... 1	M		(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90009 CDA setId and versionNumber (DYNAMIC)	
└ h17:setId	II	1 ... 1	M		(Arz...ant)

└ h17:versionNumber	INT.POS	1 ... 1	M		(Arz...ant)
Eingefügt		1 ... 1	M	von 1.2.276.0.76.10.2001 CDA recordTarget (DYNAMIC)	
└ h17:recordTarget		1 ... 1	M		(Arz...ant)
	 telneps-dataelement-1			 Patient	
└ @typeCode		0 ... 1	F	RCT	
└ @contextControlCode		0 ... 1	F	OP	
Beispiel		<pre><recordTarget typeCode="RCT" contextControlCode="OP"> <patientRole classCode="PAT"> <!-- ... --> </patientRole> </recordTarget></pre>			
└ h17:patientRole		1 ... 1			(Arz...ant)
└ @classCode		0 ... 1	F	PAT	
Beispiel		<pre><patientRole classCode="PAT"> <id extension="186245" root="1.2.276.0.76.3.1.139.3.871"/> <patient classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE"> <!-- ... --> </patient> </patientRole></pre>			
└ h17:id	II	1 ... *			(Arz...ant)
Beispiel		<pre><id extension="6245" root="2.16.840.1.113883.3.933"/> <id extension="1543627549" root="1.2.276.0.76.4.1"/></pre>			
└ h17:addr	AD	0 ... *		Adresse des Patienten	(Arz...ant)
Beispiel		<pre><addr use="HP"> <streetName>Dorfstraße</streetName> <houseNumber>54</houseNumber> <postalCode>51371</postalCode> <city>Leverkusen</city> </addr></pre>			
└ h17:telecom	TEL	0 ... *		Kontaktdaten des Patienten	(Arz...ant)
Beispiel		<pre><telecom use="H" value="tel:+4930140400"/> <telecom use="MC" value="tel:+492211234567"/> <telecom value="mailto:herberthannes.mustermann@provider.de"/></pre>			
└ h17:patient		0 ... 1			(Arz...ant)

└ @classCode		0 ... 1	F	PSN	
└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
Beispiel		<pre><patient classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE"> <name> <!-- ... --> </name> <administrativeGenderCode code="M" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/> <birthTime value="19541223"/> </patient></pre>			
Eingefügt		1 ... 1	M	von 1.2.276.0.76.10.90030 <i>Personenname</i> (DYNAMIC)	
└ h17:name	PN	1 ... 1	M	Die Reihenfolge der Namensbestandteile soll der typischen Schreibweise entsprechen. Zu beachten ist, dass prefix- und suffix-Elemente mit einem Leerzeichen enden müssen, wenn sie nicht unmittelbar an den folgenden Namensbestandteil anschließen sollen.	(Arz...ant)
Beispiel		<pre>Dr. med. Sine Johanna Gräfin von Oberberg <name> <prefix qualifier="AC">Dr. med. </prefix> <given>Sine Johanna</given> <prefix qualifier="NB">Gräfin </prefix> <prefix qualifier="VV">von </prefix> <family>Oberberg</family> </name></pre>			
Beispiel		<pre>Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Fritz Julius Karl Freiherr von und zu Rathenburg vor der Isar, MdB <name> <prefix qualifier="AC">Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. </prefix> <given>Fritz</given> <given>Julius</given> <given>Karl</given> <prefix qualifier="NB">Freiherr </prefix> <prefix qualifier="VV">von und zu </prefix> <family>Rathenburg vor der Isar</family> <suffix>, MdB</suffix> </name></pre>			
└ h17:prefix	ENXP	0 ... *		Titel	(Arz...ant)
wo [<i>@qualifier='AC'</i>]					
└ @qualifier	set_cs	1 ... 1	F	AC	
└ h17:given	ENXP	0 ... *		Vorname	(Arz...ant)
└ h17:prefix	ENXP	0 ... *		Namenszusatz	(Arz...ant)
wo [<i>@qualifier='NB'</i>]					

└ @qualifier	set_cs	1 ... 1	F	NB	
└ h17:prefix	ENXP	0 ... *		Vorsatzwort	(Arz...ant)
wo [["@qualifier='VV']					
└ @qualifier	set_cs	1 ... 1	F	VV	
└ h17:family	ENXP	0 ... *		Nachname	(Arz...ant)
└ h17:suffix	ENXP	0 ... *		Suffix	(Arz...ant)
└ h17:administrativeGender Code	CE	1 ... 1	R	Geschlecht (administrativ) des Patienten	(Arz...ant)
	CONF	Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.1 AdministrativeGender (DYNAMIC)			
	Beispiel	<code><administrativeGenderCode code="M" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/></code>			
└ h17:birthTime	TS.DATE.MIN	1 ... 1	R	Geburtsdatum des Patienten	(Arz...ant)
	Beispiel	<code><birthTime value="19491224"/></code>			
└ h17:maritalStatusCode	CE	0 ... 1		Familienstand des Patienten	(Arz...ant)
	CONF	Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.12212 MaritalStatus (DYNAMIC)			
	Beispiel	<code><maritalStatusCode code="S" displayName="Never Married" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.2"/></code>			
└ h17:religiousAffiliation Code	CE	0 ... 1		Religionszugehörigkeit des Patienten	(Arz...ant)
	CONF	Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.19185 ReligiousAffiliation (DYNAMIC)			
	Beispiel	<code><religiousAffiliationCode code="1077" displayName="Protestant" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1076"/></code>			
└ h17:raceCode			NP	darf nicht verwendet werden	(Arz...ant)
└ h17:ethnicGroupCode			NP	darf nicht verwendet werden	(Arz...ant)
└ h17:guardian		0 ... *		Vormund/Sachwalter des Patienten	(Arz...ant)
└ h17:addr	AD	0 ... 1			(Arz...ant)

	└ h17:telecom	TEL	0 ... *		(Arz...ant)
Auswahl			1 ... 1	Elemente in der Auswahl: <ul style="list-style-type: none"> ▪ h17:guardianPerson ▪ h17:guardianOrganization 	
	└ h17:guardianPerson				(Arz...ant)
	└ h17:name	PN	1 ... 1	M	(Arz...ant)
	└ h17:guardianOrganization				(Arz...ant)
	└ h17:name	ON	1 ... 1	M	(Arz...ant)
	└ h17:birthplace		0 ... 1	Geburtsort des Patienten	(Arz...ant)
	Beispiel			<pre><birthplace> <place> <addr>Hamburg</addr> </place> </birthplace></pre>	
	└ h17:place		1 ... 1	M	(Arz...ant)
	└ h17:addr	AD	1 ... 1	M	(Arz...ant)
	└ h17:languageCommunication		0 ... *		(Arz...ant)
	└ h17:languageCode	CS	0 ... 1		(Arz...ant)
		CONF		Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.11526 <i>HumanLanguage</i> (DYNAMIC)	
	└ h17:modeCode	CE	0 ... 1		(Arz...ant)
		CONF		Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.12249 <i>LanguageAbilityMode</i> (DYNAMIC)	
	└ h17:proficiencyLevel Code	CE	0 ... 1		(Arz...ant)
		CONF		Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.12199 <i>LanguageAbilityProficien-</i>	




			cy (DYNAMIC)	
└ h17:preferenceInd	BL	0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt		1 ... 1	M	von 1.2.276.0.76.10.2007 CDA author Person (DYNAMIC)
└ h17:author		1 ... 1	M	(Arz...ant)
	teleneps-dataelement-2		Autor	
└ @typeCode		0 ... 1	F	AUT
└ @contextControlCode		0 ... 1	F	OP
Beispiel		<pre> <author typeCode="AUT" contextControlCode="OP"> <time value="201306101654"/> <assignedAuthor classCode="ASSIGNED"> <!-- ... --> </assignedAuthor> </author> </pre>		
└ h17:functionCode	CE	0 ... 1		(Arz...ant)
	CONF			Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.10267 ParticipationFunction (DYNAMIC)
└ h17:time	TS.DATE.MIN	1 ... 1		(Arz...ant)
└ h17:assignedAuthor		1 ... 1		(Arz...ant)
└ @classCode		0 ... 1	F	ASSIGNED
└ h17:id	II	1 ... *		(Arz...ant)
└ h17:code	CE	0 ... 1		Fachgebiet/Spezialität des Gesundheitsdienstleister, z. B. Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, Approbierte Ärztin/Approbierter Arzt, Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin (Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL	0 ... *		(Arz...ant)
└ h17:assignedPerson		... 1		(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)
└ @classCode		0 ... 1	F	PSN

	└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
	└ h17:name	PN	1 ... 1	M		(Arz...ant)
	└ h17:representedOrganization		1 ... 1	M		(Arz...ant)
	Beispiel	<pre><representedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE"> <name> <!-- ... --> </name> </representedOrganization></pre>				
Eingefügt					von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)	
	└ @classCode		0 ... 1	F	ORG	
	└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
	└ h17:id	II	0 ... *			(Arz...ant)
	└ h17:name	ON	1 ... 1	M		(Arz...ant)
	└ h17:telecom	TEL	0 ... *			(Arz...ant)
	└ h17:addr	AD	0 ... 1			(Arz...ant)
Eingefügt			0 ... *		von 1.2.276.0.76.10.2018 CDA Informant (DYNAMIC)	
	└ h17:informant		0 ... *			(Arz...ant)
	└ @typeCode		0 ... 1	F	INF	
	└ @contextControlCode		0 ... 1	F	OP	
Auswahl			1 ... 1		Elemente in der Auswahl: <ul style="list-style-type: none"> ▪ h17:assignedEntity[h17:assignedPerson] ▪ h17:relatedEntity 	
	└ h17:assignedEntity		0 ... 1		Gesundheitsdienstleister	(Arz...ant)
Eingefügt					von 1.2.276.0.76.10.90012 CDA Assigned Entity Elements (DYNAMIC)	
	└ h17:id	II	1 ... *	R		(Arz...ant)

└─	hl7:addr	AD	0 ... 1	R		(Arz...ant)
└─	hl7:telecom	TEL	0 ... *	R		(Arz...ant)
└─	hl7:assignedPerson		1 ... 1	M		(Arz...ant)
Eingefügt von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)						
└─	@classCode		0 ... 1	F	PSN	
└─	@determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
└─	hl7:name	PN	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└─	hl7:representedOrganization		0 ... 1			(Arz...ant)
Eingefügt von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)						
└─	@classCode		0 ... 1	F	ORG	
└─	@determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
└─	hl7:id	II	0 ... *			(Arz...ant)
└─	hl7:name	ON	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└─	hl7:telecom	TEL	0 ... *			(Arz...ant)
└─	hl7:addr	AD	0 ... 1			(Arz...ant)
└─	hl7:relatedEntity		0 ... 1		Verwandte, Bekannte, Sozialhelfer, Betreuer/Erzieher	(Arz...ant)
Eingefügt von 1.2.276.0.76.10.90020 RelatedEntity (Body) (DYNAMIC)						
└─	@classCode	cs	1 ... 1	R		
		CONF	Der Wert von @classCode muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.19316 RoleClassMutualRelationship (DYNAMIC)			
└─	hl7:code	CE	0 ... 1			(Arz...ant)
		CONF	Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.19563 PersonalRelationshipRoleTy-			

				pe (DYNAMIC)	
└─	h17:addr	AD	0 ... *		(Arz...ant)
└─	h17:telecom	TEL	0 ... *		(Arz...ant)
└─	h17:effectiveTime	IVL_TS	0 ... 1		(Arz...ant)
└─	h17:relatedPerson		0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)	
└─	@classCode		0 ... 1	F	PSN
└─	@determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE
└─	h17:name	PN	1 ... 1	M	(Arz...ant)
Eingefügt			1 ... 1	M	von 1.2.276.0.76.10.2004 CDA custodian (DYNAMIC)
└─	h17:custodian		1 ... 1	M	(Arz...ant)
		teleneps-dataelement-3			Dokument-verwaltenden Einrichtung
└─	@typeCode		0 ... 1	F	CST
	Beispiel		<pre> <custodian typeCode="CST"> <assignedCustodian classCode="ASSIGNED"> <representedCustodianOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE"> <!-- ... --> </representedCustodianOrganization> </assignedCustodian> </custodian> </pre>		
└─	h17:assignedCustodian		1 ... 1	M	(Arz...ant)
└─	@classCode		0 ... 1	F	ASSIGNED
└─	h17:representedCustodianOrganization		1 ... 1	M	(Arz...ant)
└─	@classCode		0 ... 1	F	ORG
└─	@determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE

└ h17:id	II	1 ... 1		(Arz...ant)
└ h17:name	ON	1 ... 1	M	(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL	0 ... *		(Arz...ant)
└ h17:addr	AD	0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt		0 ... *		von 1.2.276.0.76.10.2005 CDA informationRecipient (DYNAMIC)
└ h17:informationRecipient		0 ... *		(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1		Typ des Empfängers: im @typeCode der Participation kann angegeben werden, ob es sich um einen primären Empfänger handelt (default) oder einen sekundären Empfänger („CC Kopie“). Der typeCode PRCP ist der default.
				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">CONF</div> @typeCode muss "PRCP" sein oder @typeCode muss "TRC" sein
└ h17:intendedRecipient		1 ... 1	M	(Arz...ant)
└ h17:id	II	1 ... *	R	(Arz...ant)
Auswahl		1 ... *		Wenn der beabsichtigte Empfänger eine Person ist, dann wird dies durch die Anwesenheit der <i>Person</i> Klasse mit oder ohne zugehörige Organisation spezifiziert. Wenn der beabsichtigte Empfänger eine Organisation ist, wird nur die Organisation angegeben, die Person fehlt. Elemente in der Auswahl: <ul style="list-style-type: none"> ▪ h17:informationRecipient ▪ h17:receivedOrganization
└ h17:informationRecipient		0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)
└ @classCode		0 ... 1	F	PSN
└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE
└ h17:name	PN	1 ... 1	M	(Arz...ant)
└ h17:receivedOrganization		0 ... 1		(Arz...ant)

Eingefügt		von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)	
└ @classCode	0 ... 1	F	ORG
└ @determinerCode	0 ... 1	F	INSTANCE
└ hl7:id	II	0 ... *	(Arz...ant)
└ hl7:name	ON	1 ... 1	M (Arz...ant)
└ hl7:telecom	TEL	0 ... *	(Arz...ant)
└ hl7:addr	AD	0 ... 1	(Arz...ant)
Eingefügt	0 ... 1	von 1.2.276.0.76.10.2020 CDA legalAuthenticator (DYNAMIC)	
└ hl7:legalAuthenticator	0 ... 1	(Arz...ant)	
		 teleneps-dataelement-4  Verantwortlicher Unterzeichner 	
└ @typeCode	0 ... 1	F	LA
└ @contextControlCode	0 ... 1	F	OP
└ hl7:time	TS	1 ... 1	R (Arz...ant)
└ hl7:signatureCode	CS	1 ... 1	R (Arz...ant)
		CONF	Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.10282 ParticipationSignature (DYNAMIC)
└ hl7:assignedEntity	1 ... 1	R	(Arz...ant)
Eingefügt		von 1.2.276.0.76.10.90012 CDA Assigned Entity Elements (DYNAMIC)	
└ hl7:id	II	1 ... *	R (Arz...ant)
└ hl7:addr	AD	0 ... 1	R (Arz...ant)
└ hl7:telecom	TEL	0 ... *	R (Arz...ant)
└ hl7:assignedPerson		1 ... 1	M (Arz...ant)

Eingefügt					von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)
└ @classCode			0 ... 1	F	PSN
└ @determinerCode			0 ... 1	F	INSTANCE
└ hl7:name	PN		1 ... 1	M	(Arz...ant)
└ hl7:representedOrganization			0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt					von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)
└ @classCode			0 ... 1	F	ORG
└ @determinerCode			0 ... 1	F	INSTANCE
└ hl7:id	II		0 ... *		(Arz...ant)
└ hl7:name	ON		1 ... 1	M	(Arz...ant)
└ hl7:telecom	TEL		0 ... *		(Arz...ant)
└ hl7:addr	AD		0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt			0 ... *		von 1.2.276.0.76.10.2019 CDA authenticator (DYNAMIC)
└ hl7:authenticator			0 ... *		(Arz...ant)
└ @typeCode	cs		0 ... 1	F	AUTHEN
└ hl7:time	TS		1 ... 1	R	(Arz...ant)
└ hl7:signatureCode	CS		1 ... 1	R	(Arz...ant)
	CONF				Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.10282 ParticipationSignature (DYNAMIC)
└ hl7:assignedEntity			1 ... 1	R	(Arz...ant)
Eingefügt					von 1.2.276.0.76.10.90012 CDA Assigned Entity Elements (DYNAMIC)
└ hl7:id	II		1 ... *	R	(Arz...ant)

└ h17:addr	AD	0 ... 1	R	(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL	0 ... *	R	(Arz...ant)
└ h17:assignedPerson		1 ... 1	M	(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)
└ @classCode		0 ... 1	F	PSN
└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE
└ h17:name	PN	1 ... 1	M	(Arz...ant)
└ h17:representedOrganization		0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)
└ @classCode		0 ... 1	F	ORG
└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE
└ h17:id	II	0 ... *		(Arz...ant)
└ h17:name	ON	1 ... 1	M	(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL	0 ... *		(Arz...ant)
└ h17:addr	AD	0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt		0 ... 1		von 1.2.276.0.76.10.2023 CDA participant Einweiser (DYNAMIC) Einweisender/Zuweisender Arzt
└ h17:participant		0 ... 1		(Arz...ant)
wo [hl7:templateId [@root='1.2.276.0.76.10.2023']]				
└ @typeCode		1 ... 1	F	REF
└ h17:templateId	II	1 ... *	M	(Arz...ant)
└ @root		1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.2023

└ h17:time	TS.DATE.MIN	0 ... 1	R	Einweisungsdatum und -zeit	(Arz...ant)
	Beispiel	<time value="201408091624"/>			
└ h17:associatedEntity		1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ @classCode		1 ... 1	F	PROV	
└ h17:id	II	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:addr	AD	0 ... 1			(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:associatedPerson		1 ... 1	R		(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)	
└ @classCode		0 ... 1	F	PSN	
└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
└ h17:name	PN	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ h17:scopingOrganization		0 ... 1			(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)	
└ @classCode		0 ... 1	F	ORG	
└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
└ h17:id	II	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:name	ON	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:addr	AD	0 ... 1			(Arz...ant)
Eingefügt		0 ... 1		von 1.2.276.0.76.10.2012 CDA participant Hausarzt (DYNAMIC) Hausarzt	

└ h17:participant		0 ... 1			(Arz...ant)
wo [hl7:templateId [@root='1.2.276.0.76.10.2012']]					
└ @typeCode	cs	1 ... 1	F	IND	
└ h17:templateId	II	1 ... *	M		(Arz...ant)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.2012	
└ h17:functionCode	CE	1 ... *	M		(Arz...ant)
└ @code		1 ... 1	F	PCP	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.5.88 (Participation Function)	
└ h17:associatedEntity		1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ @classCode	cs	1 ... 1	F	PROV	
└ h17:id	II	0 ... *		An dieser Stelle kann die Arztnummer (LANR) unter Angabe der dazugehörigen OID übermittelt werden.	(Arz...ant)
└ h17:addr	AD	0 ... 1			(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:associatedPerson		1 ... 1	M		(Arz...ant)
Eingefügt von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)					
└ @classCode		0 ... 1	F	PSN	
└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
└ h17:name	PN	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ h17:scopingOrganization		0 ... 1			(Arz...ant)
Eingefügt von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)					
└ @classCode		0 ... 1	F	ORG	

└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
└ h17:id	II	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:name	ON	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:addr	AD	0 ... 1			(Arz...ant)
Eingefügt		0 ... *		von 1.2.276.0.76.10.2011 CDA participant Notfallkontakt (DYNAMIC) Notfall-Kontakt / Auskunftsberechtigte Person	
└ h17:participant		0 ... *			(Arz...ant)
wo [hl7:templateId [@root='1.2.276.0.76.10.2011']]					
└ @typeCode		1 ... 1	F	IND	
└ h17:templateId	II	1 ... *	M		(Arz...ant)
└ @root		1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.2011	
└ h17:time	IVL_TS	0 ... 1			(Arz...ant)
	Beispiel	Teilnahmezeitraum, Notfallkontakt von 1. November 2013 bis 21. November 2013 (Ende des Tages) <time> <low value="20131101"/> <high value="201311212359"/> </time>			
	Beispiel	Teilnahmezeitpunkt, Notfallkontakt am 21. November 2013 <time value="20131121"/>			
	Beispiel	Teilnahmezeitraum, Notfallkontakt ab 1. November 2013 <time> <low value="20131101"/> </time>			
└ h17:associatedEntity		1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ @classCode		1 ... 1	F	ECON	
└ h17:code	CE	0 ... 1			(Arz...ant)
	CONF	Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.19563 PersonalRelationshipRoleTy-			

				pe (DYNAMIC)	
└	hl7:addr	AD	0 ... 1		(Arz...ant)
└	hl7:telecom	TEL	0 ... *	R	(Arz...ant)
└	hl7:associatedPerson		1 ... 1	M	(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)	
└	@classCode		0 ... 1	F	PSN
└	@determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE
└	hl7:name	PN	1 ... 1	M	(Arz...ant)
└	hl7:scopingOrganization		0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)	
└	@classCode		0 ... 1	F	ORG
└	@determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE
└	hl7:id	II	0 ... *		(Arz...ant)
└	hl7:name	ON	1 ... 1	M	(Arz...ant)
└	hl7:telecom	TEL	0 ... *		(Arz...ant)
└	hl7:addr	AD	0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt			0 ... *		von 1.2.276.0.76.10.2021 CDA participant Angehörige (DYNAMIC) Angehörige
└	hl7:participant		0 ... *		(Arz...ant)
wo [hl7:templateId [@root='1.2.276.0.76.10.2021']]					
└	@typeCode		1 ... 1	F	IND
└	hl7:templateId	II	1 ... *	M	(Arz...ant)

└ @root			1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.2021		
└ h17:associatedEntity			1 ... 1	M		(Arz...ant)	
└ @classCode			1 ... 1	F	PRS		
└ h17:code	CE		0 ... 1			(Arz...ant)	
	CONF	Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.19563 <i>PersonalRelationshipRoleType</i> (DYNAMIC)					
└ h17:addr	AD		0 ... 1			(Arz...ant)	
└ h17:telecom	TEL		0 ... *			(Arz...ant)	
└ h17:associatedPerson			1 ... 1	M		(Arz...ant)	
Eingefügt					von 1.2.276.0.76.10.90010 <i>CDA Person Elements</i> (DYNAMIC)		
└ @classCode			0 ... 1	F	PSN		
└ @determinerCode			0 ... 1	F	INSTANCE		
└ h17:name	PN		1 ... 1	M		(Arz...ant)	
└ h17:scopingOrganization			0 ... 1			(Arz...ant)	
Eingefügt					von 1.2.276.0.76.10.90011 <i>CDA Organization Elements</i> (DYNAMIC)		
└ @classCode			0 ... 1	F	ORG		
└ @determinerCode			0 ... 1	F	INSTANCE		
└ h17:id	II		0 ... *			(Arz...ant)	
└ h17:name	ON		1 ... 1	M		(Arz...ant)	
└ h17:telecom	TEL		0 ... *			(Arz...ant)	
└ h17:addr	AD		0 ... 1			(Arz...ant)	
Eingefügt			0 ... *		von 1.2.276.0.76.10.2022 <i>CDA participant Kostentraeger</i> (DYNAMIC)		

Kostenträger/Versicherung				
└ h17:participant			0 ... *	(Arz...ant)
wo [hl7:templateId [:@root='1.2.276.0.76.10.2022']]				
└ @typeCode	cs		1 ... 1 F	HLD
└ h17:templateId	II		1 ... *	M (Arz...ant)
└ @root	uid		1 ... 1 F	1.2.276.0.76.10.2022
└ h17:time	IVL_TS		0 ... 1	Hier muss immer ein Quartalsende angegeben sein (MM/YY) => YYYYMMDD, z. B. Quartal I/2016, Quartalsende ist demnach März 2016 und wird zu 20160331 (Arz...ant)
	Beispiel			<pre><time> <high value="20131231"/> </time></pre>
└ h17:associatedEntity			1 ... 1 M	(Arz...ant)
└ @classCode	cs		1 ... 1 F	POLHOLD
└ h17:id	II		0 ... *	Versichertennummern (Arz...ant)
└ h17:code	CE		0 ... 1	Versichertenstatus (Arz...ant)
	CONF			Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 1.2.276.0.76.11.68 <i>InsuredAssocEntity</i> (DYNAMIC)
	Beispiel			<pre><code code="SELF" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111" displayName="self"> <translation code="1" codeSystem="2.16.840.1.113883.3.7.1.1" displayName="Mitglied"/> </code></pre>
└ h17:translation	CV		0 ... 1	Codierungen des Versichertenstatus im Rahmen der GKV (Arz...ant)
wo [:@codeSystem='2.16.840.1.113883.3.7.1.1']				
	CONF			Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 1.2.276.0.76.11.162 <i>S_KBV_VERSICHERTENSTATUS</i> (DYNAMIC)
└ h17:translation	CV		0 ... *	Weitere Codierungen des Versichertenstatus (Arz...ant)
└ h17:addr	AD		0 ... 1	(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL		0 ... *	(Arz...ant)

└─	hl7:associatedPerson		0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt					von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)
└─	@classCode		0 ... 1	F	PSN
└─	@determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE
└─	hl7:name	PN	1 ... 1	M	(Arz...ant)
		Schematron assert	role	error	
			test	not(hl7:code[@code='FAMDEP']) or hl7:associatedPerson	
			Meldung	Wenn das Versicherungsverhältnis "familienversichert" ist, dann muss eine associatedPerson angegeben sein	
└─	hl7:scopingOrganization		1 ... 1		In scopingOrganization wird im id Attribut das Institutionskennzeichen (IKNR) des Kostenträgers mit @extension = die eigentliche IKNR und @root = "1.2.276.0.76.4.5" (Dies ist die OID für IK-Nummern in Deutschland) angegeben (Arz...ant)
Eingefügt					von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)
└─	@classCode		0 ... 1	F	ORG
└─	@determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE
└─	hl7:id	II	0 ... *		(Arz...ant)
└─	hl7:name	ON	1 ... 1	M	(Arz...ant)
└─	hl7:telecom	TEL	0 ... *		(Arz...ant)
└─	hl7:addr	AD	0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt			0 ... *		von 1.2.276.0.76.10.2025 CDA participant Ansprechpartner (DYNAMIC) Fachlicher Ansprechpartner
└─	hl7:participant		0 ... *		(Arz...ant)
wo [hl7:templateId [@root='1.2.276.0.76.10.2025']]					
└─	@typeCode		1 ... 1	F	CALLBCK
└─	hl7:templateId	II	1 ... *	M	(Arz...ant)

└ @root			1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.2025	
└ hl7:associatedEntity			1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ @classCode			1 ... 1	F	PROV	
└ hl7:addr	AD		0 ... 1			(Arz...ant)
└ hl7:telecom	TEL		1 ... *	M		(Arz...ant)
└ hl7:associatedPerson			1 ... 1	M		(Arz...ant)
Eingefügt					von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)	
└ @classCode			0 ... 1	F	PSN	
└ @determinerCode			0 ... 1	F	INSTANCE	
└ hl7:name	PN		1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ hl7:scopingOrganization			0 ... 1			(Arz...ant)
Eingefügt					von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)	
└ @classCode			0 ... 1	F	ORG	
└ @determinerCode			0 ... 1	F	INSTANCE	
└ hl7:id	II		0 ... *			(Arz...ant)
└ hl7:name	ON		1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ hl7:telecom	TEL		0 ... *			(Arz...ant)
└ hl7:addr	AD		0 ... 1			(Arz...ant)
Eingefügt			0 ... *		von 1.2.276.0.76.10.2026 CDA participant Betreuungorganisation (DYNAMIC)	
					Betreuende Organisation	
└ hl7:participant			0 ... *			(Arz...ant)
wo [hl7:templateId [:@root='1.2.276.0.76.10.2026']]						

└ @typeCode		1 ... 1	F	IND	
└ h17:templateId	II	1 ... *	M		(Arz...ant)
└ @root		1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.2026	
└ h17:associatedEntity		1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ @classCode		1 ... 1	F	CAREGIVER	
└ h17:scopingOrganization		1 ... 1	M		(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)	
└ @classCode		0 ... 1	F	ORG	
└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
└ h17:id	II	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:name	ON	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:addr	AD	0 ... 1			(Arz...ant)
Eingefügt		0 ... *		von 1.2.276.0.76.10.2024 CDA participant Weitere Beteiligte (DYNAMIC)	Weitere Beteiligte
└ h17:participant		0 ... *			(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	1 ... 1	R	Typischerweise sind hier nur Codes für @typeCode zu verwenden, die nicht durch eine bereits existierende spezialisierte Participation ausgedrückt werden wie z. B. author, authenticator etc.; es sind nicht alle Kombinationen von @typeCode, functionCode und associatedEntity/code sinnvoll.	
	CONF			Der Wert von @typeCode muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.10901 ParticipationType (DYNAMIC)	
└ @contextControlCode		1 ... 1	F	OP	
└ h17:functionCode	CE	0 ... 1			(Arz...ant)
	CONF			Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.10267 ParticipationFunction (DY-	

				NAMIC)	
└ h17:time	IVL_TS	0 ... 1			(Arz...ant)
└ h17:associatedEntity		1 ... 1	R		(Arz...ant)
└ @classCode	cs	1 ... 1	R		
	CONF	Der Wert von @classCode muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.19313 <i>RoleClassAssociati-</i> <i>ve</i> (DYNAMIC)			
└ h17:id	II	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:code	CE	0 ... 1			(Arz...ant)
└ @codeSystem	CONF	0 ... 1	F	2.16.840.1.113883.5.111 (Role Code)	
└ h17:addr	AD	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:associatedPerson		0 ... 1			(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90010 <i>CDA Person Elements</i> (DYNAMIC)	
└ @classCode		0 ... 1	F	PSN	
└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
└ h17:name	PN	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└ h17:scopingOrganization		0 ... 1			(Arz...ant)
Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.90011 <i>CDA Organization Elements</i> (DYNAMIC)	
└ @classCode		0 ... 1	F	ORG	
└ @determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
└ h17:id	II	0 ... *			(Arz...ant)
└ h17:name	ON	1 ... 1	M		(Arz...ant)

└ h17:telecom	TEL	0 ... *		(Arz...ant)
└ h17:addr	AD	0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt		0 ... 1		von 1.2.276.0.76.10.2027 CDA encompassingEncounter Patientenkontakt (DYNAMIC) Patientenkontakt (Aufenthalt)
└ h17:componentOf		0 ... 1		(Arz...ant)
	teleneps-dataelement-5		Art der Versorgung	
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP
└ h17:encompassingEncounter		1 ... 1	R	(Arz...ant)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	ENC
└ @moodCode	cs	0 ... 1	F	EVN
└ h17:id	II	0 ... 1		Identifikationselement zur Aufnahme der Aufenthalts-Identifikation (Arz...ant)
└ h17:code	CE	1 ... 1	M	(Arz...ant)
	CONF	Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 2.16.840.1.113883.1.11.13955 ActEncounterCode (DYNAMIC)		
	Beispiel	<code><code code="IMP" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/></code>		
Auswahl		1 ... 1		Elemente in der Auswahl: <ul style="list-style-type: none"> ▪ hl7:effectiveTime[hl7:high] ▪ hl7:effectiveTime[@value]
└ h17:effectiveTime	IVL_TS	... 1	R	Zeitraum (Arz...ant)
wo [hl7:high]				
	Beispiel	Vom 7. Juni 2011 11:24 Uhr bis zum 11. Juni 2011 16:54 Uhr <pre><effectiveTime> <low value="201106071124"/> <high value="201106111654"/> </effectiveTime></pre>		
└ h17:effectiveTime	TS	... 1	R	Bestimmter Tag (Arz...ant)
wo [@value]				

└ @value			1 ... 1	R	
	Beispiel	Am 7. Juni 2011 (ambulanter Besuch ohne genauere Zeitangaben des Tages) <effectiveTime value="20110607"/>			
└ h17:responsibleParty			0 ... 1		(Arz...ant)
└ h17:assignedEntity			1 ... 1	M	(Arz...ant)
Eingefügt von 1.2.276.0.76.10.90012 CDA Assigned Entity Elements (DYNAMIC)					
└ h17:id	II		1 ... *	R	(Arz...ant)
└ h17:addr	AD		0 ... 1	R	(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL		0 ... *	R	(Arz...ant)
└ h17:assignedPerson			1 ... 1	M	(Arz...ant)
Eingefügt von 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements (DYNAMIC)					
└ @classCode			0 ... 1	F	PSN
└ @determinerCode			0 ... 1	F	INSTANCE
└ h17:name	PN		1 ... 1	M	(Arz...ant)
└ h17:representedOrganization			0 ... 1		(Arz...ant)
Eingefügt von 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements (DYNAMIC)					
└ @classCode			0 ... 1	F	ORG
└ @determinerCode			0 ... 1	F	INSTANCE
└ h17:id	II		0 ... *		(Arz...ant)
└ h17:name	ON		1 ... 1	M	(Arz...ant)
└ h17:telecom	TEL		0 ... *		(Arz...ant)
└ h17:addr	AD		0 ... 1		(Arz...ant)

Eingefügt			0 ... 1	R	von 1.2.276.0.76.10.90021 Encounter Location (DYNAMIC)	
└─	h17:location		0 ... 1	R		(Arz...ant)
└─	@typeCode		0 ... 1	F	LOC	
	Beispiel				<pre><location typeCode="LOC"> <healthCareFacility classCode="SDLOC"> <!-- ... --> </healthCareFacility> </location></pre>	
└─	h17:healthCareFacility		1 ... 1	M		(Arz...ant)
└─	@classCode		0 ... 1	F	SDLOC	
	Beispiel				<pre><healthCareFacility classCode="SDLOC"> <serviceProviderOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE"> <!-- ... --> </serviceProviderOrganization> </healthCareFacility></pre>	
└─	h17:serviceProviderOr- organization		1 ... 1	M		(Arz...ant)
└─	@classCode		0 ... 1	F	ORG	
└─	@determinerCode		0 ... 1	F	INSTANCE	
	Beispiel				<pre><serviceProviderOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE"> <name/> <addr> <!-- ... --> </addr> </serviceProviderOrganization></pre>	
└─	h17:id	II	1 ... *	R		(Arz...ant)
└─	h17:name	ON	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└─	h17:telecom	TEL	1 ... *	M		(Arz...ant)
└─	h17:addr	AD	1 ... 1	M		(Arz...ant)
└─	h17:component					(Arz...ant)
└─	@typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	

└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:structuredBody					(Arz...ant)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCBODY	
└ @moodCode	cs	0 ... 1	F	EVN	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3001 <i>Anrede</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3027 <i>Entlassungsdiagnose</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3139 <i>Beschwerden bei Vorstellung</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3176 <i>Biografische Anamnese</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3141 <i>Psychosoziale Anamnese</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3170 <i>Suchtanamnese</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)

└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3172 <i>Anamnese des Essverhaltens</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3177 <i>Anamnese selbstschädigendes Verhaltens</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3178 <i>Sonstige psychische Anamnese</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3140 <i>Traumaanamnese / Anamnese kritischer Lebensereignisse</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3179 <i>Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbehandlung</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3180 <i>Eigenanamnese</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	

└─ h17:component			0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3024 <i>Familienanamnese</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└─ @typeCode	cs		0 ... 1	F	COMP	
└─ @contextConductionInd	bl		0 ... 1	F	true	
└─ h17:component			0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3143 <i>Vegetative Anamnese</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└─ @typeCode	cs		0 ... 1	F	COMP	
└─ @contextConductionInd	bl		0 ... 1	F	true	
└─ h17:component			0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3169 <i>Gynäkologische Anamnese</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└─ @typeCode	cs		0 ... 1	F	COMP	
└─ @contextConductionInd	bl		0 ... 1	F	true	
└─ h17:component			0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3171 <i>Sexualanamnese</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└─ @typeCode	cs		0 ... 1	F	COMP	
└─ @contextConductionInd	bl		0 ... 1	F	true	
└─ h17:component			0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3181 <i>Sonstige organmedizinische Anamnese</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└─ @typeCode	cs		0 ... 1	F	COMP	
└─ @contextConductionInd	bl		0 ... 1	F	true	
└─ h17:component			0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3173 <i>Medikamentenanamnese</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└─ @typeCode	cs		0 ... 1	F	COMP	
└─ @contextConductionInd	bl		0 ... 1	F	true	
└─ h17:component			0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3029 <i>Medikation bei Einweisung (Historic)</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└─ @typeCode	cs		0 ... 1	F	COMP	

└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3182 <i>Körperlicher Befund bei Aufnahme</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3127 <i>Konsiliarbefunde</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3100 <i>Befunde/Ergebnisse</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3183 <i>Laborbefunde</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3174 <i>Psychischer Befund bei Aufnahme</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3144 <i>Testpsychologische Diagnostik</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3032 <i>Prozeduren und Maßnahmen</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)

└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3184 <i>Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3185 <i>Behandlungsverlauf</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3033 <i>Weitere empfohlene Maßnahmen</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3145 <i>Sozialmedizinische Einschätzung</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3021 <i>Zusammenfassung des Aufenthalts</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	
└ h17:component		0 ... 1		Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3031 <i>Medikation bei Entlassung</i> (DYNAMIC)	(Arz...ant)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ @contextConductionInd	bl	0 ... 1	F	true	

6 CDA Section Level Templates

6.1 Anamnese des Essverhaltens

Id		Gültigkeit	2020-10-05
Status	● Entwurf	Versions-Label	
Name	Dietandnutrition	Bezeichnung	Anamnese des Essverhaltens
Beschreibung	Angaben der Patientin, des Patienten zur Menge und Zusammensetzung der Mahlzeiten, Essstörungen, Purging		
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.276.0.76.10.3172		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept		
	Id	Name	Datensatz
	teleneps-dataelement-34	● Anamnese des Essverhaltens	●
Beziehung	Spezialisierung: Template		

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Die...ion)
	🎯 teleneps-dataelement-34		●	● Anamnese des Essverhaltens	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	M		(Die...ion)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.3172	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Die...ion)
└ @code		1 ... 1	F	61144-2	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1	F	Diet and nutrition Narrative	

└ h17:title	ST	1 ... 1 M	(Die...ion)
	CONF	Elementinhalt muss "Anamnese des Essverhaltens" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(Die...ion)

6.2 Anamnese selbstschädigendes Verhaltens

Id		Gültigkeit	2020-12-18		
Status	🟡 Entwurf	Versions-Label			
Name	Selfinjuriousbehavior	Bezeichnung	Anamnese selbstschädigendes Verhaltens		
Beschreibung	Selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche bzw. vergangene Suizidalität, fremdgefährdendes Verhalten, gesundheitsschädigendes Verhalten, Risikoverhalten				
Klassifikation	CDA Section level template				
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)				
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept				
	Id	Name	Datensatz		
	teleneps-dataelement-45	🟡 Anamnese selbstschädigendes Verhaltens	🟡		
Beziehung	Spezialisierung: Template				
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Sel...ior)
	🎯 teleneps-dataelement-45			🟡 Anamnese selbstschädigendes Verhaltens	🟡
└ h17:templateId	II	1 ... 1 M			(Sel...ior)
└ @root	uid	1 ... 1 F		1.2.276.0.76.10.3177	
└ h17:code	CE	1 ... 1 M			(Sel...ior)
└ @code	CONF	1 ... 1 F		93487-7	

└ @codeSystem		1 ... 1 F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)
└ @displayName		1 ... 1 F	Subject engaged in self-injurious behavior, intent unknown Lifetime
└ h17:title	ST	1 ... 1 M	(Sel...ior)
	CONF		Elementinhalt muss "Anamnese selbstschädigendes Verhaltens" sein
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(Sel...ior)




6.3 Behandlungsverlauf

Id		Gültigkeit	2020-12-18		
Status	🟡 Entwurf	Versions-Label			
Name	Mentalhealthprogressnote	Bezeichnung	Behandlungsverlauf		
Beschreibung	Umfasst Angaben zum therapeutischen Bündnis, Behandlungsmotivation, Behandlungsinhalten, Festlegung und Erreichung von vereinbarten Therapiezielen, Ergebnisse der Anwendung spezifischer Behandlungsmethoden				
Klassifikation	CDA Section level template				
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)				
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept				
	Id	Name	Datensatz		
	teleneps-dataelement-42	🟡 Behandlungsverlauf	🟡		
Beziehung	Spezialisierung: Template				
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Men...ote)
	🟡 teleneps-dataelement-42		🟡	🟡 Behandlungsverlauf	
└ h17:templateId	II	1 ... 1 M			(Men...ote)
└ @root	uid	1 ... 1 F		1.2.276.0.76.10.3185	


└ h17:code	CE	1 ... 1 M	(Men...ote)
└ @code		1 ... 1 F 34904-3	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1 F 2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1 F Mental health Progress note	
└ h17:title	ST	1 ... 1 M	(Men...ote)
	CONF	Elementinhalt muss "Behandlungsverlauf" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(Men...ote)

6.4 Beschwerden bei Vorstellung

Id		Gültigkeit	2019-06-02 14:26:43
Status	🟡 Entwurf	Versions-Label	
Name	Chiefcomplaintreasonforvisit2	Bezeichnung	Beschwerden bei Vorstellung
Beschreibung	Beschwerden bei Vorstellung / Grund der Vorstellung		
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.276.0.76.10.3139		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept		
	Id	Name	Datensatz
	telenepls-dataelement-9	🟡 Beschwerdebild und (Beschwerde-)Entwicklung	🟡
Beziehung	Spezialisierung: TemplateSpezialisierung: TemplateAdaptation: Template		
Beispiel	<p>Beispiel</p> <pre><section classCode="DOCSECT"> <templateId root="1.2.276.0.76.10.3048"/> <code code="46239-0" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Chief complaint+Reason for vi- sit"/> <title>Beschwerden bei Vorstellung</title> <text>...</text></pre>		

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
</section>					
h17:section					(Chi...it2)
				 teleneps-dataelement-9  Beschwerdebild und (Beschwerde-)Entwicklung 	
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	M		(Chi...it2)
└└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.3139	
└ h17:code	CD	1 ... 1	M		(Chi...it2)
└└ @code		1 ... 1	F	46239-0	
└└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Chi...it2)
	CONF	Elementinhalt muss "Beschwerden bei Vorstellung" sein			
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1	M		(Chi...it2)

6.5 Biografische Anamnese

Id		Gültigkeit	2020-12-18
Status	 Entwurf	Versions-Label	
Name	Admissionsevaluationnote	Bezeichnung	Biografische Anamnese
Beschreibung			
Umfasst Angaben u.a. zu Alter und Beruf der Eltern, Geschwister, Umstände und Beziehungen, Herkunftsfamilie/Lebensumstände, chronologischer Ablauf wichtiger Entwicklungsschritte (Schule, Studium, Beruf)			
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.276.0.76.10.3176		
Klassifikation	CDA Section level template		

Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)				
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept				
	Id	Name			Datensatz
	teleneps-dataelement-22	Biografische Anamnese			
Beziehung	Spezialisierung: Template				
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Adm...ote)
	teleneps-dataelement-22			Biografische Anamnese	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	M		(Adm...ote)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.3176	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Adm...ote)
└ @code		1 ... 1	F	67851-6	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1	F	Admission evaluation note	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Adm...ote)
	CONF	Elementinhalt muss "Biografische Anamnese" sein			
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1	M		(Adm...ote)

6.6 Eigenanamnese

Id		Gültigkeit	2020-12-18
Status	Entwurf	Versions-Label	
Name	Historymajorillnessesinjuries	Bezeichnung	Eigenanamnese
Beschreibung	Erfassung und Verlauf bisheriger körperlicher Erkrankungen der Patientin, des Patienten		

Klassifikation	CDA Section level template				
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)				
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept				
	Id	Name			Datensatz
	teleneps-dataelement-30	Eigenanamnese			
Beziehung	Spezialisierung: Template				
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(His...ies)
	teleneps-dataelement-30			Eigenanamnese	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	M		(His...ies)
└└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.3180	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(His...ies)
└└ @code		1 ... 1	F	11339-9	
└└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└└ @displayName		1 ... 1	F	History of Major illnesses and injuries	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(His...ies)
	CONF	Elementinhalt muss "Eigenanamnese" sein			
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1	M		(His...ies)

6.7 Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext

Id		Gültigkeit	2020-12-18
Status	Entwurf	Versions-Label	
Name	Biopsychosocialcontextassesemnt	Bezeichnung	Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kon-

	text						
Beschreibung	Einordnung der persönlichen und sozialen Entwicklung sowie der krankheitsauslösenden Bedingungen in ein psychodynamisches oder verhaltensanalytisches Verständnis						
Klassifikation	CDA Section level template						
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)						
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Id</th> <th>Name</th> <th>Datensatz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>teleneps-dataelement-41</td> <td>Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Id	Name	Datensatz	teleneps-dataelement-41	Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext	
Id	Name	Datensatz					
teleneps-dataelement-41	Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext						
Beziehung	Spezialisierung: Template						

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Bio...mnt)
	teleneps-dataelement-41			Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	M		(Bio...mnt)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.3184	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Bio...mnt)
└ @code		1 ... 1	F	X-BPSYCSASMT	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1	F	Bio psycho social context assessemnt	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Bio...mnt)
	CONF			Elementinhalt muss "Einordnung des Krankheitsbildes in den bio-psycho-sozialen Kontext" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1	M		(Bio...mnt)

6.8 Gynäkologische Anamnese

Id		Gültigkeit	2020-10-05
Status	● Entwurf	Versions-Label	
Name	Gynecologyhistoryandphysicalnote	Bezeichnung	Gynäkologische Anamnese
Beschreibung	Gynäkologische Anamnese		
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.276.0.76.10.3169		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept		
	Id	Name	Datensatz
	teleneps-dataelement-31	● Gynäkologische Anamnese	●
Beziehung	Spezialisierung: Template		

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Gyn...ote)
	🎯 teleneps-dataelement-31		●	Gynäkologische Anamnese	●
└ h17:templateId	II	1 ... 1	M		(Gyn...ote)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.3169	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Gyn...ote)
└ @code		1 ... 1	F	89221-6	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1	F	Gynecology History and physical note	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Gyn...ote)
	CONF			Elementinhalt muss "Gynäkologische Anamnese" sein	

└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(Gyn...ote)
------------	---------	-----------	-------------

6.9 Körperlicher Befund bei Aufnahme

Id		Gültigkeit	2020-12-18		
Status	● Entwurf	Versions-Label			
Name	Physicalfindings	Bezeichnung	Körperlicher Befund bei Aufnahme		
Beschreibung	Ergebnisse der körperlichen Untersuchung				
Klassifikation	CDA Section level template				
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)				
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept				
	Id	Name	Datensatz		
	teleneps-dataelement-16	● Körperlicher Befund bei Aufnahme	●		
Beziehung	Spezialisierung: Template				
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Phy...ngs)
	🎯 teleneps-dataelement-16		●	● Körperlicher Befund bei Aufnahme	
└ h17:templateId	II	1 ... 1 M			(Phy...ngs)
└ @root	uid	1 ... 1 F		1.2.276.0.76.10.3182	
└ h17:code	CE	1 ... 1 M			(Phy...ngs)
└ @code		1 ... 1 F		29544-4	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1 F		2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1 F		Physical findings	
└ h17:title	ST	1 ... 1 M			(Phy...ngs)

	CONF	Elementinhalt muss "Körperlicher Befund bei Aufnahme" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(Phy...ngs)

6.10 Laborbefunde

Id		Gültigkeit	2020-12-18		
Status	🟡 Entwurf	Versions-Label			
Name	Laboratorystudies	Bezeichnung	Laborbefunde		
Beschreibung	Laborbefunde; eventuell im Verlauf				
Klassifikation	CDA Section level template				
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)				
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept				
	Id	Name	Datensatz		
	teleneps-dataelement-17	🟡 Laborbefunde	🟡		
Beziehung	Spezialisierung: Template				
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Lab...ies)
	🎯 teleneps-dataelement-17			🟡 Laborbefunde	🟡
└ h17:templateId	II	1 ... 1 M			(Lab...ies)
└ @root	uid	1 ... 1 F		1.2.276.0.76.10.3183	
└ h17:code	CE	1 ... 1 M			(Lab...ies)
└ @code		1 ... 1 F		26436-6	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1 F		2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1 F		Laboratory studies	

└ h17:title	ST	1 ... 1 M	(Lab...ies)
	CONF	Elementinhalt muss "Laborbefunde" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(Lab...ies)

6.11 Medikamentenanamnese

Id		Gültigkeit	2020-10-05		
Status	🟡 Entwurf	Versions-Label			
Name	Historyofmedicationuse	Bezeichnung	Medikamentenanamnese		
Beschreibung	Medikamentenanamnese				
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.276.0.76.10.3173				
Klassifikation	CDA Section level template				
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)				
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept				
	Id	Name	Datensatz		
	teleneps-dataelement-36	🟡 Medikamentenanamnese	🟡		
Beziehung	Spezialisierung: Template				
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(His...use)
	🟡 teleneps-dataelement-36			🟡 Medikamentenanamnese	🟡
└ h17:templateId	II	1 ... 1 M			(His...use)
└ @root	uid	1 ... 1 F		1.2.276.0.76.10.3173	
└ h17:code	CE	1 ... 1 M			(His...use)
└ @code	CONF	1 ... 1 F		10160-0	

└ @codeSystem		1 ... 1 F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)
└ @displayName		1 ... 1 F	History of Medication use Narrative
└ h17:title	ST	1 ... 1 M	(His...use)
	CONF	Elementinhalt muss "Medikamentenanamnese" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(His...use)

6.12 Psychischer Befund bei Aufnahme

Id		Gültigkeit	2020-10-05		
Status	🟡 Entwurf	Versions-Label			
Name	Mentalhealthadmissionsevaluationnote	Bezeichnung	Psychischer Befund bei Aufnahme		
Beschreibung	Ergebnisse psychischer Untersuchung bspw. nach AMDP; Funktionseinschränkungen im Alltag oder im Beruf (ICF)				
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.276.0.76.10.3174				
Klassifikation	CDA Section level template				
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)				
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept				
	Id	Name	Datensatz		
	teleneeps-dataelement-18	🟡 Psychischer Befund bei Aufnahme	🟡		
Beziehung	Spezialisierung: Template				
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Men...ote)
	🟡 teleneeps-dataelement-18		🟡	🟡 Psychischer Befund bei Aufnahme	🟡
└ h17:templateId	II	1 ... 1 M			(Men...ote)
└ @root	uid	1 ... 1 F		1.2.276.0.76.10.3174	

h17:code	CE	1 ... 1 M	(Men...ote)
@code		1 ... 1 F 84192-4	
@codeSystem	CONF	1 ... 1 F 2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
@displayName		1 ... 1 F Mental health Admission evaluation note	
h17:title	ST	1 ... 1 M	(Men...ote)
	CONF	Elementinhalt muss "Psychischer Befund bei Aufnahme" sein	
h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(Men...ote)

6.13 Psychosoziale Anamnese

Id		Gültigkeit	2019-06-02		
Status	● Entwurf	Versions-Label			
Name	MentalhealthHistoryandphysical	Bezeichnung	Psychosoziale Anamnese		
Beschreibung	Psychosoziale Anamnese				
Klassifikation	CDA Section level template				
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)				
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept				
	Id	Name	Datensatz		
	teleneps-dataelement-11	● Soziale Anamnese	●		
Beziehung	Spezialisierung: Template				
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Men...cal)
	● teleneps-dataelement-11		●	● Soziale Anamnese	
h17:templateId	II	1 ... 1 M			(Men...cal)

└ @root	uid	1 ... 1 F	1.2.276.0.76.10.3141
└ h17:code	CE	1 ... 1 M	(Men...cal)
└ @code		1 ... 1 F	78306-8
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1 F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)
└ @displayName		1 ... 1 F	Mental health History and physical
└ h17:title	ST	1 ... 1 M	(Men...cal)
	CONF		Elementinhalt muss "Psychosoziale Anamnese" sein
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(Men...cal)

6.14 Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbehandlung

Id		Gültigkeit	2020-12-18
Status	● Entwurf	Versions-Label	
Name	Historyatmentalhealthpsychiatric	Bezeichnung	Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbehandlung
Beschreibung	Umfasst Angaben zu vorangegangenen psychosomatischen, psychiatrischen, psychologischen Behandlungen sowie Angaben zum jeweiligen Versorgungssetting ((teil-)stationäre, ambulante Behandlungen, Rehabilitationsbehandlungen, geschützte Unterbringungen, Zwangsbehandlungen oder EKT-Vorbehandlungen), Zeitraum, ggf. Anlass, ggf. Bemerkungen seitens der Patientin, des Patienten dazu		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept		
	Id	Name	Datensatz
	teleneps-dataelement-29	● Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbehandlung	●
Beziehung	Spezialisierung: Template		
Item	DT	Kard	Konf Beschreibung Label

h17:section				(His...ric)
		telenepls-dataelement-29	Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbehandlung	
└ h17:templateId	II	1 ... 1 M		(His...ric)
└ @root	uid	1 ... 1 F	1.2.276.0.76.10.3179	
└ h17:code	CE	1 ... 1 M		(His...ric)
└ @code		1 ... 1 F	45415-7	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1 F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1 F	History of stay at mental health/psychiatric setting	
└ h17:title	ST	1 ... 1 M		(His...ric)
	CONF		Elementinhalt muss "Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Vorbehandlung" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M		(His...ric)

6.15 Sexualanamnese

Id		Gültigkeit	2020-10-05
Status	● Entwurf	Versions-Label	
Name	Historyofsexualbehaviornarrative	Bezeichnung	Sexualanamnese
Beschreibung	Sexualanamnese		
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.276.0.76.10.3171		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept		
	Id	Name	Datensatz

	teleneps-dataelement-33	Sexualanamnese		
Beziehung	Spezialisierung: Template			
Item	DT	Kard	Konf Beschreibung	Label
h17:section				(His...ive)
	teleneps-dataelement-33	Sexualanamnese		
└ h17:templateId	II	1 ... 1 M		(His...ive)
└ @root	uid	1 ... 1 F	1.2.276.0.76.10.3171	
└ h17:code	CE	1 ... 1 M		(His...ive)
└ @code		1 ... 1 F	11350-6	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1 F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1 F	History of Sexual behavior Narrative	
└ h17:title	ST	1 ... 1 M		(His...ive)
	CONF		Elementinhalt muss "Sexualanamnese" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M		(His...ive)

6.16 Sonstige organmedizinische Anamnese

Id		Gültigkeit	2020-12-18
Status	Entwurf	Versions-Label	
Name	Otherphysicalhistory	Bezeichnung	Sonstige organmedizinische Anamnese
Beschreibung	Zusätzliche Angaben aus organmedizinischen Anamnesen mit besonderer Spezialisierung, bspw. onkologische Anamnese		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept		

Id		Name		Datensatz	
teleneps-dataelement-35		● Sonstige organmedizinische Anamnese		●	
Beziehung		Spezialisierung: Template			
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Oth...ory)
	● teleneps-dataelement-35		●	Sonstige organmedizinische Anamnese	●
└ h17:templateId	II	1 ... 1	M		(Oth...ory)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.3181	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Oth...ory)
└ @code		1 ... 1	F	X-OHPYS	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1	F	Other physical history	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Oth...ory)
	CONF	Elementinhalt muss "Sonstige organmedizinische Anamnese" sein			
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1	M		(Oth...ory)

6.17 Sonstige psychische Anamnese

Id		Gültigkeit	2020-12-18
Status	● Entwurf	Versions-Label	
Name	Othermentalhistory	Bezeichnung	Sonstige psychische Anamnese
Beschreibung	Zusätzliche Angaben aus psychischen Anamnesen mit besonderer Spezialisierung, bspw. forensische Anamnese		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		

Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept				
	Id	Name			Datensatz
	teleneps-dataelement-46	Sonstige psychische Anamnese			
Beziehung	Spezialisierung: Template				
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Oth...ory)
	teleneps-dataelement-46			Sonstige psychische Anamnese	
└ h17:templateId	II	1 ... 1 M			(Oth...ory)
└ @root	uid	1 ... 1 F		1.2.276.0.76.10.3178	
└ h17:code	CE	1 ... 1 M			(Oth...ory)
└ @code		1 ... 1 F		X-OHMENT	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1 F		2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1 F		Other mental history	
└ h17:title	ST	1 ... 1 M			(Oth...ory)
	CONF			Elementinhalt muss "Sonstige psychische Anamnese" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M			(Oth...ory)

6.18 Sozialmedizinische Einschätzung

Id		Gültigkeit	2019-06-02
Status	Entwurf	Versions-Label	
Name	Medicalsocialservicesassessmentinformation	Bezeichnung	Sozialmedizinische Einschätzung
Beschreibung	Kurze Einschätzung zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (ggf. ICF), Maßnahmen zur sozialen Integration		
Klassifikation	CDA Section level template		

Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept		
	Id	Name	Datensatz
	teleneps-dataelement-44	Sozialmedizinische Einschätzung	
Beziehung	Spezialisierung: Template		
Item	DT	Kard	Konf Beschreibung
h17:section			(Med...ion)
	teleneps-dataelement-44		Sozialmedizinische Einschätzung
└ h17:templateId	II	1 ... 1 M	(Med...ion)
└ @root	uid	1 ... 1 F	1.2.276.0.76.10.3145
└ h17:code	CE	1 ... 1 M	(Med...ion)
└ @code		1 ... 1 F	52234-2
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1 F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)
└ @displayName		1 ... 1 F	Medical social services treatment plan, Assessment information
└ h17:title	ST	1 ... 1 M	(Med...ion)
	CONF		Elementinhalt muss "Sozialmedizinische Einschätzung" sein
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(Med...ion)

6.19 Suchtanamnese

Id		Gültigkeit	2020-10-05
Status	Entwurf	Versions-Label	
Name	Abusebehavior	Bezeichnung	Suchtanamnese
Beschreibung			

Zeitliche (anamnestisch bis aktuell) und teilweise mengen-/ umfangbezogene Angaben der Patientin, des Patienten zu stoffgebundenem und nicht stoffgebundenem (u.a. Computer, Internet, Kaufen, Glücksspiel) Suchtverhalten

Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.276.0.76.10.3170					
Klassifikation	CDA Section level template					
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)					
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept					
	Id	Name				Datensatz
	teleneps-dataelement-32	Suchtanamnese				
Beziehung	Spezialisierung: Template					
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label	
h17:section					(Abu...ior)	
	teleneps-dataelement-32			Suchtanamnese		
└ h17:templateId	II	1 ... 1	M		(Abu...ior)	
└└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.3170		
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Abu...ior)	
└└ @code		1 ... 1	F	28243-4		
└└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)		
└└ @displayName		1 ... 1	F	Abuse Behavior		
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Abu...ior)	
	CONF			Elementinhalt muss "Suchtanamnese" sein		
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1	M		(Abu...ior)	

6.20 Testpsychologische Diagnostik

Id		Gültigkeit	2019-06-02
Status	● Entwurf	Versions-Label	
Name	Mentalhealthdiagnosticstudy	Bezeichnung	Testpsychologische Diagnostik
Beschreibung	Testpsychologische Diagnostik, z. B. Global Assessment of Functioning (GAF) Scale		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 2 Konzepten		
	Id	Name	Datensatz
	teleneps-dataelement-19	⊗ Psychometrische Befunde	●
teleneps-dataelement-39	● Testpsychologische Diagnostik	●	
Beziehung	Spezialisierung: Template		

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Men...udy)
	⊗ teleneps-dataelement-19		⊗	Psychometrische Befunde	●
	teleneps-dataelement-39		●	Testpsychologische Diagnostik	●
└ h17:templateId	II	1 ... 1	M		(Men...udy)
└└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.276.0.76.10.3144	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Men...udy)
└└ @code		1 ... 1	F	75441-6	
└└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└└ @displayName		1 ... 1	F	Mental health Diagnostic study	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Men...udy)
	CONF			Elementinhalt muss "Testpsychologische Diagnostik" sein	

└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(Men...udy)
------------	---------	-----------	-------------

Traumaanamnese/ Anamnese kritischer Lebensereignisse

Id		Gültigkeit	2019-06-02
Status	● Entwurf	Versions-Label	
Name	Mentalhealthhistory	Bezeichnung	Traumaanamnese / Anamnese kritischer Lebensereignisse
Beschreibung	Traumaanamnese/Anamnese kritischer Lebensereignisse		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept		
	Id	Name	Datensatz
	teleneps-dataelement-10	● Traumaanamnese/Anamnese kritischer Lebensereignisse	●
Beziehung	Spezialisierung: Template		

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Men...ory)
	🎯 teleneps-dataelement-10		●	Traumaanamnese/Anamnese kritischer Lebensereignisse	●
└ h17:templateId	II	1 ... 1 M			(Men...ory)
└ @root	uid	1 ... 1 F		1.2.276.0.76.10.3140	
└ h17:code	CE	1 ... 1 M			(Men...ory)
└ @code		1 ... 1 F		45420-7	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1 F		2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @displayName		1 ... 1 F		Mental health history	

└ h17:title	ST	1 ... 1 M	(Men...ory)
	CONF	Elementinhalt muss "Traumaanamnese/Anamnese kritischer Lebensereignisse" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M	(Men...ory)

6.21 Vegetative Anamnese

Id		Gültigkeit	2019-06-02		
Status	🟡 Entwurf	Versions-Label			
Name	ReviewofsystemsoverviewReported	Bezeichnung	Vegetative Anamnese		
Beschreibung	Vegetative Anamnese				
Klassifikation	CDA Section level template				
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)				
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept				
	Id	Name	Datensatz		
	teleneps-dataelement-13	🟡 Vegetative Anamnese	🟡		
Beziehung	Spezialisierung: Template				
Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Rev...ted)
	🎯 teleneps-dataelement-13		🟡	Vegetative Anamnese	🟡
└ h17:templateId	II	1 ... 1			(Rev...ted)
└ @root	uid	1 ... 1 F		1.2.276.0.76.10.3143	
└ h17:code	CE	1 ... 1 M			(Rev...ted)
└ @code		1 ... 1 F		10189-9	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1 F		2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	

└ @displayName		1 ... 1 F	Review of systems overview - Reported	
└ h17:title	ST	1 ... 1 M		(Rev...ted)
	CONF		Elementinhalt muss "Vegetative Anamnese" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1 M		(Rev...ted)

7 Bestehende Templates

Die folgenden Templates sind aus dem Arztbrief Plus und weiteren Spezifikationen entnommen und stehen nicht zur Abstimmung:

- 1.2.276.0.76.10.2001 CDA recordTarget
- 1.2.276.0.76.10.2004 CDA custodian
- 1.2.276.0.76.10.2005 CDA informationRecipient
- 1.2.276.0.76.10.2007 CDA author Person
- 1.2.276.0.76.10.2011 CDA participant Notfallkontakt
- 1.2.276.0.76.10.2012 CDA participant Hausarzt
- 1.2.276.0.76.10.2018 CDA Informant
- 1.2.276.0.76.10.2019 CDA authenticator
- 1.2.276.0.76.10.2020 CDA legalAuthenticator
- 1.2.276.0.76.10.2021 CDA participant Angehörige
- 1.2.276.0.76.10.2022 CDA participant Kostentraeger
- 1.2.276.0.76.10.2023 CDA participant Einweiser
- 1.2.276.0.76.10.2024 CDA participant Weitere Beteiligte
- 1.2.276.0.76.10.2025 CDA participant Ansprechpartner
- 1.2.276.0.76.10.2026 CDA participant Betreuungsorganisation
- 1.2.276.0.76.10.2027 CDA encompassingEncounter Patientenkontakt
- 1.2.276.0.76.10.3001 Anrede
- 1.2.276.0.76.10.3021 Zusammenfassung des Aufenthalts
- 1.2.276.0.76.10.3024 Familienanamnese
- 1.2.276.0.76.10.3027 Entlassungsdiagnose
- 1.2.276.0.76.10.3029 Medikation bei Einweisung (Historie)
- 1.2.276.0.76.10.3031 Medikation bei Entlassung
- 1.2.276.0.76.10.3032 Prozeduren und Maßnahmen
- 1.2.276.0.76.10.3033 Weitere empfohlene Maßnahmen
- 1.2.276.0.76.10.3127 Konsiliarbefunde
- 1.2.276.0.76.10.4014 Eingebettetes Objekt Entry
- 1.2.276.0.76.10.4015 Annotation Comment
- 1.2.276.0.76.10.4022 Medikation
- 1.2.276.0.76.10.4023 Einzeldosierungen
- 1.2.276.0.76.10.4024 Dosierung Freitext
- 1.2.276.0.76.10.4025 Medikament
- 1.2.276.0.76.10.4026 Patienteninstruktionen
- 1.2.276.0.76.10.4027 Grund für Medikation
- 1.2.276.0.76.10.4074 Problem Concern Act

- 1.2.276.0.76.10.4075 Problem Observation
- 1.2.276.0.76.10.4076 Priorität Präferenz
- 1.2.276.0.76.10.4077 Alter Beobachtung
- 1.2.276.0.76.10.4078 Prognose Observation
- 1.2.276.0.76.10.4079 Diagnose Concern Act
- 1.2.276.0.76.10.4080 Diagnose Observation
- 1.2.276.0.76.10.4084 Indikation
- 1.2.276.0.76.10.4085 Maßnahme
- 1.2.276.0.76.10.4087 Encounter Referenz
- 1.2.276.0.76.10.4093 Manifestation Observation
- 1.2.276.0.76.10.4094 Etiology Observation
- 1.2.276.0.76.10.4253 Befunde/Ergebnisse Organizer
- 1.2.276.0.76.10.4254 Laborergebnis
- 1.2.276.0.76.10.4296 Bezug zur Therapie-Intention
- 1.2.276.0.76.10.90002 CDA realmCode
- 1.2.276.0.76.10.90003 CDA typeId
- 1.2.276.0.76.10.90004 CDA id
- 1.2.276.0.76.10.90006 CDA effectiveTime
- 1.2.276.0.76.10.90008 CDA languageCode
- 1.2.276.0.76.10.90009 CDA setId and versionNumber
- 1.2.276.0.76.10.90010 CDA Person Elements
- 1.2.276.0.76.10.90011 CDA Organization Elements
- 1.2.276.0.76.10.90012 CDA Assigned Entity Elements
- 1.2.276.0.76.10.90014 Performer (Body)
- 1.2.276.0.76.10.90020 RelatedEntity (Body)
- 1.2.276.0.76.10.90021 Encounter Location
- 1.2.276.0.76.10.90022 Material
- 1.2.276.0.76.10.90023 Einnahmedauer
- 1.2.276.0.76.10.90025 Author (Body)
- 1.2.276.0.76.10.90026 Lateralität
- 1.2.276.0.76.10.90027 Diagnosesicherheit
- 1.2.276.0.76.10.90028 Medikation Vorbedingung
- 1.2.276.0.76.10.90030 Personennamen

8 Anhang

8.1 Referenzen

1. Abstimmungsverfahren (Regeln) des Interoperabilitätsforums [http://wiki.hl7.de/index.php?title=Abstimmungsverfahren_\(Regeln\)](http://wiki.hl7.de/index.php?title=Abstimmungsverfahren_(Regeln))
2. HL7 Deutschland e. V. <http://www.hl7.de>

8.2 Abbildungen