



Variablen im FormularDesigner



CROSS**SOFT.**

Inhaltsverzeichnis

Impressum	6
Übersicht der Variablen (A-Z)	8
Abrechnender Arzt	8
Adresskopf (Kassenkopf)	9
BfB (Blankoformtuchedruck / Barcodes)	10
Datum und Uhrzeit	11
Behandler / Benutzer / Terminservice	11
Listen (Mehrwert-Variablen)	12
Kasse (Patienten-Versicherung)	12
Patient (Erweitert & Familie)	13
Patient (Stammdaten)	14
Rechnungsadresse (RechAnsch)	15
Stempel	15
ZVK Adresse (Patient)	15
Praxis-Daten	15
Haftungsausschluss	16
Kontakt	17

Impressum

Autoren / Autorinnen

Dirk Sommer

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die der Übersetzung, des Nachdruckes und der Vervielfältigung des Buches, oder Teilen daraus, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne schriftliche Genehmigung des Herausgebers in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder anderes Verfahren), auch nicht für Zwecke der Unterrichtsgestaltung, reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Kiel, im Juli 2026

© Copyright **CROSSSOFT**. GmbH® 2026

All Rights Reserved

Herausgeber

CROSSSOFT GmbH

Knooper Weg 126 / 128 (Hofgebäude)

24105 Kiel

www.crossssoft.de

Übersicht der Variablen (A-Z)

Abrechnender Arzt

AbrechArzt.Anschrift	Volle Adresse des abrechnenden Arztes
AbrechArzt.Praxistitel	Praxistitel
AbrechArzt.Arzttitel	Arzttitel
AbrechArzt.SteuernummerTxt	Steuernummern-Zeile
AbrechArzt.PraxisAdressZeile	Absender-Adresszeile
AbrechArzt.Bank_1.Name	Bankname (1. Bankverbindung)
AbrechArzt.Bank_2.Name	Bankname (2. Bankverbindung)
AbrechArzt.Bank_3.Name	Bankname (3. Bankverbindung)
AbrechArzt.Bank_1.KontoNr	Kontonummer (1. Bankverbindung)
AbrechArzt.Bank_2.KontoNr	Kontonummer (2. Bankverbindung)
AbrechArzt.Bank_3.KontoNr	Kontonummer (3. Bankverbindung)
AbrechArzt.Bank_1.BLZ	Bankleitzahl (1. Bankverbindung)
AbrechArzt.Bank_2.BLZ	Bankleitzahl (2. Bankverbindung)
AbrechArzt.Bank_3.BLZ	Bankleitzahl (3. Bankverbindung)

Adresskopf (Kassenkopf)

Adresskopf.CAPTION.BSNR	Bezeichnung des BSNR-Feldes im Kopfbereich
Adresskopf.CAPTION.LANR	Bezeichnung des Arztnummer-Feldes
Adresskopf.VertragsarztNr	Arztnummer (LANR) des abrechnenden Arztes
Adresskopf.BSNR	Betriebsstättennummer (BSNR) der Praxis
Adresskopf.Datum	Ausstellungsdatum (tt.mm.jj)
Adresskopf.Vorname	Patienten-Vorname (inkl. Titel)
Adresskopf.Nachname	Patienten-Nachname
Adresskopf.Geburtsdatum	Patienten-Geburtsdatum (tt.mm.jj)
Adresskopf.Strasse	Patienten-Straße und Hausnummer
Adresskopf.KarteGueltigBis	Versicherungskarte gültig bis (mm/jj)
Adresskopf.PLZ_Wohnort	Landeskürzel, PLZ und Wohnort des Patienten
Adresskopf.Krankenkasse	Name der Krankenkasse (oder Privat / BG)
Adresskopf.WOB_VKNR	WOP / VKNR Regionalcode
AdresskopfKassenIK	IK-Nummer der Kasse
Adresskopf.VersichertenNr	Versichertennummer
Adresskopf.Status	Versichertenstatuscode (Art + Gruppe + DMP)
Adresskopf.ZVKMeldeadresse	ZVK-Meldeadresse (Straße und Hausnummer)
Adresskopf.ZVK.PLZ&Ort	ZVK Postleitzahl und Ort

BfB (Blankoformtuchedruck / Barcodes)

BfB.Nachname	Nachname des Patienten
BfB.Vorname	Vorname des Patienten
BfB.Geburtsdatum	Geburtsdatum (JJJJMMTT)
BfB.Geschlechte	Geschlecht (KVDT-Code)
BfB.Datum.Heute	Heute (JJJJMMTT)
BfB.Ausstellungsdatum	Ausstellungsdatum (JJJJMMTT)
BfB.VersicherungsschutzEnde	Ende des Versicherungsschutzes (JJJJMMTT)
BfB.KassenIK	IK-Nummer der Kasse
BfB.Versicherten_art	Versichertenart (einstellig)
BfB.Personengruppe	Personengruppe (zweistellig)
BfB.DMP	DMP-Marker (zweistellig)
BfB.BSNR	BSNR der Praxis
BfB.LANR	Arztnummer (LANR)
BfB.Pat.Titel	Patiententitel
BfB.Pat.Namenzusatz	Namenzusatz
BfB.Pat.Vorsatzwort	Namensvorsatz (von, van)
BfB.Pat.PLZ	Postleitzahl
BfB.Pat.Ort	Ort
BfB.Pat.Straße	Straße
BfB.Pat.Hausnummer	Hausnummer
BfB.Pat.Landcode	Landeskürzel
BfB.Pat.Postfach	Postfachnummer
BfB.Pat.Postfach.PLZ	Postfach-PLZ
BfB.Pat.Postfach.Ort	Postfach-Ort
BfB.Pat.Postfach.Landcode	Postfach-Landeskürzel

Behandler / Benutzer / Terminservice

Behandler	Voller Name des aktuellen Behandlers
Benutzer	Voller Name des aktuellen Benutzers
TS.Fachgebiet	Fachgebiet für Terminservice

Datum und Uhrzeit

FullYear	Aktuelles Jahr (vierstellig)
ShortYear	Aktuelles Jahr (zweistellig)
ShortMonth	Aktueller Monat
ShortDay	Aktueller Tag
QuarterNumber	Aktuelle Quartalsnummer
Datum.Heute	Heute (tt.mm.jjjj)
Datum.Heute.Short	Heute (TTMMJJ)
Time	Aktuelle Uhrzeit (hhmm)

Kasse (Patienten-Versicherung)

Kasse.<Typ>.Name	Name der Kasse
Kasse.<Typ>.Anschrift	Adresse der Kasse
Kasse.<Typ>.VersichertenNr	Versichertennummer
Kasse.<Typ>.KassenIK	IK-Nummer der Kasse
Kasse.<Typ>.Versicherter.Nachname	Versicherte Person: Nachname
Kasse.<Typ>.Versicherter.Vorname	Versicherte Person: Vorname
Kasse.<Typ>.Versicherter.VollerName	Versicherte Person: voller Name
Kasse.<Typ>.Versicherter.Geburtsdatum	Versicherte Person: Geburtsdatum
Kasse.<Typ>.Versicherter.PLZ	Versicherte Person: Postleitzahl
Kasse.<Typ>.Versicherter.Ort	Versicherte Person: Ort
Kasse.<Typ>.Versicherter.Strasse	Versicherte Person: Straße
Kasse.<Typ>.Versicherter.Geschlecht	Versicherte Person: Geschlecht
Kasse.<Typ>.Versicherter.Geschlecht.männlich	Versicherte Person ist männlich
Kasse.<Typ>.Versicherter.Geschlecht.weiblich	Versicherte Person ist weiblich
Kasse.<Typ>.Versicherter.Telefon	Versicherte Person: Telefon
Kasse.<Typ>.Versicherter.Mobil	Versicherte Person: Mobil
Kasse.<Typ>.Versicherter.EMail	Versicherte Person: E-Mail
Kasse.<Typ>.Versicherter.Fax	Versicherte Person: Fax

Listen (Mehrwert-Variablen)

Praxis.Behandlerliste	Liste aller Behandler
Praxis.Benutzerliste	Liste aller Benutzer
Praxis.Teamliste	Liste aller Teams
Praxis.Berufsgruppenliste	Liste aller Berufsgruppen
Patient.Dienstgrad (list)	Liste aller Dienstgrade

Patient (Erweitert & Familie)

Patient.Eltern	Eltern des Patienten
Patient.Erziehungsberechtigte1	1. Erziehungsberechtigte/r
Patient.Erziehungsberechtigte2	2. Erziehungsberechtigte/r
Patient.Arbeitgeber	Arbeitgeber
Patient.Hausarzt	Hausarzt
Patient.Hauszahnarzt	Hauszahnarzt
Patient.Kieferorthopäde	Kieferorthopäde
Patient.Überweiser.Zahnärztlich	Zahnärztlicher Überweiser
Patient.Überweiser.Ärztlich	Ärztlicher Überweiser
Patient.KLASSIFIZIERUNG	Patientenklassifizierung
Patient.Dienstgrad	Dienstgrad
Patient.Bundesland	Bundesland
Patient.UVT	Unfallversicherungsträger
Patient.Vermittlungscode	Vermittlungscode (Terminservice)
Patient.Arbeit.Traeger	Arbeitgeber: Träger
Patient.Arbeit.Qualifikation	Arbeitgeber: Qualifikation
Patient.Arbeit.Funktion	Arbeitgeber: Funktion
Patient.Arbeit.Dienstverhaeltnis	Arbeitgeber: Dienstverhältnis

Patient (Stammdaten)

Patient.Vorname	Vorname
Patient.Nachname	Nachname
Patient.Rufname	Rufname
Patient.VollerName	Voller Name
Patient.Nummer	Patientennummer
Patient.Chiffre	Erster Buchstabe des Nachnamens
Patient.GebDatum	Geburtsdatum (tt.mm.jj)
Patient.GebJahr	Geburtsjahr
Patient.Geschlecht	Geschlecht
Patient.Geschlecht.männlich	Patient ist männlich (ja/nein)
Patient.Geschlecht.weiblich	Patient ist weiblich (ja/nein)
Patient.Alter	Alter in Jahren
Patient.AlterMonate	Alter in Monaten
Patient.AlterTage	Alter in Tagen
Patient.AlterJMTImmer	Alter in Jahren/Monaten/Tagen
Patient.Telefon	Telefonnummer
Patient.EMail	E-Mail-Adresse
Patient.PLZ	Postleitzahl
Patient.Ort	Ort
Patient.Strasse	Straße und Hausnummer
Patient.VolleAdresse	Volle Adresse in einer Zeile
Patient.Privat	Privatpatient (ja/nein)
Patient.Schwanger	Patient ist schwanger (ja/nein)
Patient.SSW	Schwangerschaftswoche
Patient.Beruf	Beruf
Patient.Debitorennummer	Debitorennummer
Patient.Code	Patientencode
Patient.Pseudonym	Pseudonym
Patient.Briefanrede	Briefanrede ("Sehr geehrter Herr...")
Patient.Briefkopf	Briefkopfblock (Anrede, Name und Adresse)

Praxis-Daten

Praxis.Strasse	Straße der Praxis
Praxis.Land	Land der Praxis
Praxis.PLZ	Postleitzahl der Praxis
Praxis.Ort	Ort der Praxis
Praxis.Ort_Datum	Ort und heutiges Datum
Praxis.Anschrift	Volle Adresse der Praxis
Praxis.Telefon	Telefonnummer der Praxis
Praxis.Fax	Faxnummer der Praxis
Praxis.EMail	E-Mail-Adresse der Praxis

Rechnungsadresse (RechAnsch)

RechAnsch.Empfaenger	Rechnungsempfänger
RechAnsch.Strasse	Straße des Rechnungsempfängers
RechAnsch.Ort	Ort des Rechnungsempfängers
RechAnsch.LandPLZ	Land und PLZ des Rechnungsempfängers

Stempel

Stempel	Arztstempel, Kasse- oder Privat (abhängig von Druckeinstellungen)
---------	---

ZVK Adresse (Patient)

ZVK.Pat.PLZ	Postleitzahl (ZVK-Adresse)
ZVK.Pat.Ort	Ort (ZVK-Adresse)
ZVK.Pat.Straße	Straße (ZVK-Adresse)
ZVK.Pat.Hausnummer	Hausnummer (ZVK-Adresse)
ZVK.Pat.Landcode	Landeskürzel (ZVK-Adresse)

Haftungsausschluss

Die Firma **CROSSSOFT GmbH**, Knooper Weg 126/128 – Hofgebäude, 24105 Kiel und der Autor übernehmen keinerlei Support, Garantie und keine Verantwortung für Datenverluste, entgangene Gewinne oder sonstige Schäden, die Ihnen beim Gebrauch dieser Anleitung entstehen könnten.

Auch wenn hinreichende Vorkehrungen bei der Erstellung dieses Dokuments getroffen wurden, um die Korrektheit der enthaltenen Informationen sicherzustellen, können die **CROSSSOFT GmbH**, Knooper Weg 126/128 – Hofgebäude, 24105 Kiel und der Autor keine Haftung für Schäden übernehmen, die durch Fehler, Auslassungen oder Nutzung der enthaltenen Informationen entstehen könnten.

Mit der Verwendung der Installationsanleitung erkennen Sie den Haftungsausschluss an. Da bei jeglicher Art einer Installation auf einem Computer technische Probleme auftreten können, weisen die Firma **CROSSSOFT GmbH**, Knooper Weg 126/128 – Hofgebäude, 24105 Kiel und der Autor ausdrücklich auf die Notwendigkeit einer Datensicherung vor der Installation hin.

Mit Anwendung dieser Anleitung erklärt der Kunde / Anwender ausdrücklich, dass er auf sein eigenes Risiko installiert und die Firma **CROSSSOFT GmbH**, Knooper Weg 126/128 – Hofgebäude, 24105 Kiel und den Autor nicht für eine Wiederherstellung des Ursprungszustandes seiner Daten und Programme haftbar machen wird.

Da bei jeder Softwareinstallation technische Probleme nicht auszuschließen sind, weisen wir Sie ausdrücklich auf die Notwendigkeit einer Datensicherung hin. Achten Sie vor der Installation darauf, dass Sie Ihre Daten gesichert haben. Insgesamt ist es ratsam, Demo-Software nicht auf einem betrieblich genutzten Computer aufzuspielen. Achten Sie während der Installation auf die Bildschirmhinweise.

Kontakt

CROSSSOFT. Hauptsitz
Knooper Weg 126/128 (Hauptgebäude)
24105 Kiel, Schleswig-Holstein

Zentrale
Telefon: +49 (0)431 382 177 0
Fax: +49 (0)431 382 177 48
E-Mail: info@crosssoft.de

Vertrieb und Marketing
Telefon: +49 (0)431 382 177 20
Fax: +49 (0)431 382 177 48
E-Mail: info@crosssoft.de

Amtsgericht Kiel HRB 6457
USt-IdNr.: DE178836476
Geschäftsführende Gesellschafter:
Dirk Sommer
Matthias Friedrich



Besuchen Sie uns auf crosssoft.de