

# Stammdatenschema S03000058V1.0

## Metadatum Inhalt

ID S03000058V1.0

## Struktur

- 1 **G03003096V1.0** Beschwerde über gesetzliche Sozialversicherungsträger
  - 1 **F03004572V1.0** Frage Sozialversicherungszweig: Text aus **Codeliste:** Sozialversicherungszweig  
*Über welchen gesetzlichen Sozialversicherungszweig möchten Sie sich beschweren?*
  - 0:1 **G03001774V1.0** Beschwerde über Krankenversicherung
    - 1 **F03000632V1.0** Auswahlfeld zur Krankenversicherung: Text aus **Codeliste:** Krankenversicherung  
*Wählen Sie Ihre Krankenversicherung aus.*
    - 0:1 **F03000121V1.0** Versicherungsnummer:  
Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
    - 1 **F03000418V1.0** Abfrage bezüglich Widerspruch oder Klage: Wahrheitswert  
*Wurde bereits gegen die Entscheidung der Behörde Widerspruch oder Klage erhoben?*
  - 0:1 **G03001775V1.0** Beschwerde über Pflegeversicherung
    - 1 **F03000633V1.0** Auswahlfeld zur Pflegeversicherung: Text aus **Codeliste:** Pflegeversicherung  
*Wählen Sie Ihre Pflegeversicherung aus.*
    - 0:1 **F03000121V1.0** Versicherungsnummer:  
Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
    - 1 **F03000418V1.0** Abfrage bezüglich Widerspruch oder Klage: Wahrheitswert  
*Wurde bereits gegen die Entscheidung der Behörde Widerspruch oder Klage erhoben?*
  - 0:1 **G03001776V1.0** Beschwerde über Rentenversicherung
    - 1 **F03000634V1.0** Auswahlfeld zur Rentenversicherung: Text aus **Codeliste:** Rentenversicherung  
*Wählen Sie Ihre Rentenversicherung aus.*
    - 1 **F03000636V1.0** Auswahl Beschwerdegrund (Rentenversicherung): Text aus **Codeliste:** Beschwerdegrund (Rentenversicherung)  
*Wählen Sie einen Beschwerdegrund aus.*
    - 0:1 **F03000121V1.0** Versicherungsnummer:  
Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
    - 1 **F03000418V1.0** Abfrage bezüglich Widerspruch oder Klage: Wahrheitswert  
*Wurde bereits gegen die Entscheidung der Behörde Widerspruch oder Klage erhoben?*
  - 0:1 **G03001780V1.0** Beschwerde über Unfallversicherung
    - 1 **F03000635V1.0** Auswahlfeld zur Unfallversicherung: Text aus **Codeliste:** Unfallversicherung  
*Wählen Sie Ihre Unfallversicherung aus.*

- 1 **F03000418V1.0** Abfrage bezüglich Widerspruch oder Klage: Wahrheitswert  
*Wurde bereits gegen die Entscheidung der Behörde Widerspruch oder Klage erhoben?*
- 1 **G03003097V1.0** Antragstellende Person
  - 1 **F03001124V1.0** Abfrage über den Antragsteller (Sozialversicherungsbeschwerde):  
Text aus **Codeliste**: Art des Antragstellers  
*Ich stelle diesen Antrag*
  - 0:1 **G03003098V1.0** Stellvertreter/in
    - 0:1 **F03002117V1.0** Name der Institution:  
Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
    - 1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength":"1","maxLength":"120"}]
    - 0:1 **F03000648V1.0** Namenszusatz: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
    - 0:1 **F03000649V1.0** Akademischer Grad:  
Text[{"minLength":"1","maxLength":"255"}]
    - 1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]
    - 1 **G60000086V1.2** Anschrift Inland Straßenanschrift  
*Straßenanschrift*
      - 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
      - 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
      - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
      - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
      - 0:1 **F60000248V1.1** Anschrift Zusatzangaben:  
Text[{"minLength":"1","maxLength":"21"}]  
*Adresszusatz*
  - 0:1 **G03003101V1.0** Kommunikation (eine Pflichtangabe)  
*Erreichbarkeit*
    - 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
    - 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
    - 1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
  - 1:20 **F03000486V1.0** Nachweis/Kopie der Bestellsurkunde: Anlage  
*Nachweis/Kopie der Bestellsurkunde/Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht /schriftliche Vollmacht*
- 1 **G03003102V1.0** Angaben zu der versicherten Person / Leistungsempfänger
  - 1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength":"1","maxLength":"120"}]
  - 1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]
  - 1 **G60000083V1.1** Geburtsdatum (teilbekannt)  
*Geburtsdatum*
    - 0:1 **F60000231V1.1** Tag (ohne Monat und Jahr):  
Ganzzahl[{"minValue":"1","maxValue":"31"}]  
*Tag*
    - 0:1 **F60000232V1.1** Monat: Ganzzahl[{"minValue":"1","maxValue":"12"}]

- 1 **F60000233V1.1** Jahr: Ganzzahl[{"minValue":"1850","maxValue":"2080"}]
- 0:1 **G03003101V1.0** Kommunikation (eine Pflichtangabe)  
*Erreichbarkeit*
- 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefonnummer*
- 0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]  
*Telefaxnummer*
- 1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9.\_%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]  
*E-Mail-Adresse*
- 1 **G60000086V1.2** Anschrift Inland Straßenanschrift  
*Straßenanschrift*
  - 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
  - 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
  - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1})[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
  - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
  - 0:1 **F60000248V1.1** Anschrift Zusatzangaben:  
Text[{"minLength":"1","maxLength":"21"}]  
*Adresszusatz*
- 1 **G03001784V1.0** Wichtige Hinweise
  - 0:1 **F03008482V1.0** Widerspruch oder Klage: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Ersetzt eine Eingabe beim Niedersächsischen Sozialministerium einen Widerspruch oder eine Klage? Nein. Wenn Versicherte mit der Entscheidung des Sozialversicherungsträgers nicht einverstanden sind, sollten sie dieses Rechtsinteresse durch Einlegen eines Widerspruchs oder Klageerhebung verfolgen. Dabei sind die gesetzlichen Fristen zu beachten.*
  - 0:1 **F03008483V1.0** Entscheidungen des Niedersächsische Sozialministerium:  
Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Das Niedersächsische Sozialministerium als Rechtsaufsichtsbehörde kann keine Entscheidungen anstelle des Sozialversicherungsträgers treffen. Versicherte haben auch keinen Anspruch gegenüber dem Sozialministerium auf ein Tätigwerden. Denn die Aufsicht wird nur im öffentlichen Interesse tätig. Von Versicherten geführte Gerichtsverfahren schließen ein aufsichtsrechtliches Tätigwerden nicht grundsätzlich aus. Das Niedersächsische Sozialministerium kann aber keinen unmittelbaren Einfluss auf gerichtliche Verfahren nehmen und ist als rechtsausführende Behörde auch an rechtskräftige gerichtliche Entscheidungen gebunden.*
  - 1 **F03000465V1.0** Kenntnisnahme : Wahrheitswert  
*Hiermit bestätige ich, dass ich die wichtigen Hinweise auf dieser Seite zur Kenntnis genommen habe.*
- 1 **G03001785V1.0** Beschwerdenschreiben
  - 0:1 **F03008484V1.0** Grund für die Beschwerde:  
Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Schildern Sie im Freitextfeld den Grund für Ihre Beschwerde. Aus welchem Grund liegt aus Ihrer Sicht ein Rechtsverstoß/Fehlverhalten der Behörde vor?*
  - 1 **F03001134V1.0** Sozialversicherungsbeschwerde:  
Text[{"minLength":"0","maxLength":"5503"}]  
*Beschwerde über einen Sozialversicherungsträger*
- 1 **G03001786V1.0** Abschluss

- 0:1 **F03008485V1.0** Beifügen der Anlage: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]  
*Fügen Sie in der Anlage das Schreiben der Behörde bei, welches Auslöser für Ihre Beschwerde ist (z.B. den Ablehnungsbescheid). Falls Sie zu Ihrem Beschwerdefall bereits einen Brief- oder Emailwechsel mit der Behörde hatten, so fügen Sie diesen am besten vollständig bei.*
- 0:\* **F03001137V1.0** Anlage zu Ihrer Beschwerde: Anlage