

Im Ambulanzarbeitsplatz von medico//s wählen Sie zunächst den Patienten aus, für den Sie den Anforderungsschein für die Röntgendiagnostik benötigen. Wählen Sie dann die Schaltfläche „Formulardruck“:



Abb. 1: Schaltfläche „Formulardruck“

Sie erhalten dann eine Auswahlliste von möglichen Druckformularen. Wählen Sie dann den Eintrag „61 – Anforderung Röntgendiagnostik“ aus und geben Sie die benötigte Anzahl der Formulare ein und betätigen Sie dann den Schalter „Drucken“. Wünschen Sie zunächst eine Druckvorschau, so müssen Sie noch im Bereich „Ausgabe auf:“ den Schalter „Bildschirm“ setzen:

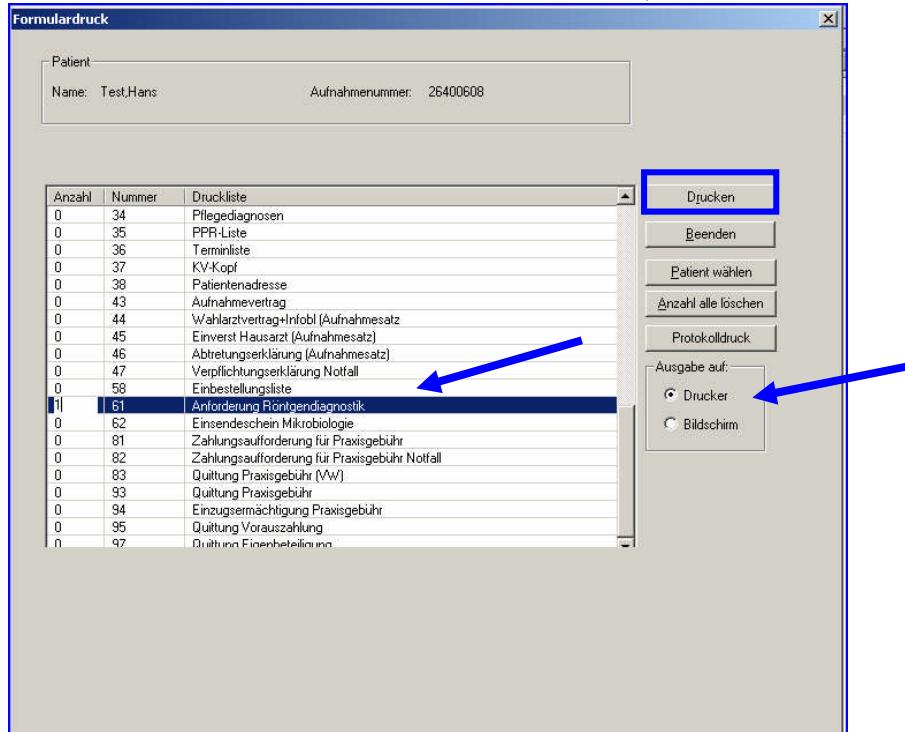


Abb. 2: Auswahl Druckformulare

Der Anforderungsschein ist dann bereits mit den Patientendaten (= Patientenetikett) ausgefüllt. Sie müssen jetzt nur noch die üblichen Angaben ausfüllen:

Anforderung Röntgendiagnostik

Universitätsklinikum Essen

Name 26400664 AC5 MHM23068016
Mustermann, Hans
Vorname * 23.06.1980
Hohlweg 18
45147 Essen / K
Geburtsdatum
Anschrift BEKA Standortk.-Praxis
Aufn:10.05.2006 10:20W
Kostenträger

Institut für Diagnostische und
Interventionelle Radiologie und Neuroradiolog



Direktor:
Prof. Dr. med. M. Forsting

Chefarztbehandlung

Anforderung an Tel: 3998 CT, Angiographie, Durchleuchtung, Sonographie, Mammographie, konventionelle Diagnostik
 Fax: 5774

(bitte ankreuzen) Tel: 1540 MRT
 Fax: 1526

Station/Ambulanz Telefon Datum

Notfall vereinbarter Termin

stationär ambulant prä-stationär post-stationär Abklärung

gewünschte Untersuchung

Abb. 3: Kopfteil Anforderungsschein Röntgendiagnostik

medico//s
Thema: Druck Anforderungsschein Röntgendiagnostik

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anforderung Röntgendiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																						
Universitätsklinikum Essen																																																																																																										
Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Neuroradiologie																																																																																																										
TÜV																																																																																																										
Direktor: Prof. Dr. med. M. Forsting																																																																																																										
Chefarztbehandlung																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">Anforderung an</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">Tel.: 3998</td> <td colspan="3" style="width: 40%; text-align: center; padding: 2px;">CT, Angiographie, Direktleitung, Sonographie, Mammographie, konventionelle Diagnostik</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Fax: 5774</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">(Bitte ankreuzen)</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Tel: 1540</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">MRT</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Fax: 1526</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					Anforderung an	<input type="checkbox"/>	Tel.: 3998	CT, Angiographie, Direktleitung, Sonographie, Mammographie, konventionelle Diagnostik					Fax: 5774				(Bitte ankreuzen)			<input type="checkbox"/>	Tel: 1540	MRT				Fax: 1526																																																																																
Anforderung an	<input type="checkbox"/>	Tel.: 3998	CT, Angiographie, Direktleitung, Sonographie, Mammographie, konventionelle Diagnostik																																																																																																							
		Fax: 5774																																																																																																								
(Bitte ankreuzen)			<input type="checkbox"/>	Tel: 1540	MRT																																																																																																					
			Fax: 1526																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; padding: 2px;">Station/Ambulanz</td> <td style="width: 30%; text-align: center; padding: 2px;">Telefon</td> <td style="width: 40%; text-align: center; padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>					Station/Ambulanz	Telefon	Datum																																																																																																			
Station/Ambulanz	Telefon	Datum																																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; padding: 2px;">Notfall</td> <td style="width: 30%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 40%; text-align: center; padding: 2px;">vereinbarter Termin</td> </tr> </table>					Notfall	<input type="checkbox"/>	vereinbarter Termin																																																																																																			
Notfall	<input type="checkbox"/>	vereinbarter Termin																																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">stationär</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">ambulant</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">prä-stationär</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">post-stationär</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;">Abklärung</td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					stationär	<input type="checkbox"/>	ambulant	<input type="checkbox"/>	prä-stationär	<input type="checkbox"/>	post-stationär	<input type="checkbox"/>	Abklärung	<input type="checkbox"/>																																																																																												
stationär	<input type="checkbox"/>	ambulant	<input type="checkbox"/>	prä-stationär	<input type="checkbox"/>	post-stationär	<input type="checkbox"/>	Abklärung	<input type="checkbox"/>																																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; text-align: center; padding: 2px;">gewünschte Untersuchung</td> </tr> </table>					gewünschte Untersuchung																																																																																																					
gewünschte Untersuchung																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; text-align: center; padding: 2px;">klinische Angaben</td> </tr> </table>					klinische Angaben																																																																																																					
klinische Angaben																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; text-align: center; padding: 2px;">Fragestellung</td> </tr> </table>					Fragestellung																																																																																																					
Fragestellung																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; padding: 2px;">bitte ausfüllen/ankreuzen</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;">Schwangerschaft</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;">ja</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;">nein</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Kontrastmittelallergie</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">ja</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">nein</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Kreatinin</td> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">Risikofaktoren</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">(bei CT und Angiographie)</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Transport</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Bett</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Stuhl</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">zu Fuß</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">frühere Untersuchung</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">ja</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">nein</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">anfordernde Ärztin/Arzt</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Funk</td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Unterschrift</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center; padding: 5px;"><i>Für CT- und MRT-Untersuchungen bitte verfügen Zugang legen</i></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center; padding: 5px;">Bemerkungen</td> <td colspan="5" style="text-align: center; padding: 5px;">Datum/Unterschrift MTA</td> </tr> </table>					bitte ausfüllen/ankreuzen	Schwangerschaft	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>			Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Kreatinin		Risikofaktoren			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(bei CT und Angiographie)									Transport		Bett		Stuhl		zu Fuß		<input type="checkbox"/>												frühere Untersuchung		ja		<input type="checkbox"/>		nein		<input type="checkbox"/>												anfordernde Ärztin/Arzt		<input type="checkbox"/>		Funk		<input type="checkbox"/>		Unterschrift		<i>Für CT- und MRT-Untersuchungen bitte verfügen Zugang legen</i>										Bemerkungen					Datum/Unterschrift MTA				
bitte ausfüllen/ankreuzen	Schwangerschaft	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
		Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
Kreatinin		Risikofaktoren			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																			
(bei CT und Angiographie)																																																																																																										
Transport		Bett		Stuhl		zu Fuß		<input type="checkbox"/>																																																																																																		
frühere Untersuchung		ja		<input type="checkbox"/>		nein		<input type="checkbox"/>																																																																																																		
anfordernde Ärztin/Arzt		<input type="checkbox"/>		Funk		<input type="checkbox"/>		Unterschrift																																																																																																		
<i>Für CT- und MRT-Untersuchungen bitte verfügen Zugang legen</i>																																																																																																										
Bemerkungen					Datum/Unterschrift MTA																																																																																																					

Abb. 4: Anforderungsschein Röntgendiagnostik aus medico//s

Wenn Röntgenscheine für Patienten, die zukünftig ambulant aufgenommen werden, gedruckt werden sollen, muss eine Einbestellung erfolgen. Hierzu muss unter der Erfassungsart „Einbestellung“ ausgewählt werden (dies stellt sich automatisch ein, wenn das Aufnahme-Datum in der Zukunft liegt).

Aufnahme | Patient | Zusatzdaten zur Person |

Patient: Mustermann, Rüdiger, M Geb.Dat: 31.01.1960
Anschrift: D-95448 Bayreuth Frankenstr. 12 Telefon: 0921/12121
Information: Patienten-ID: MRM31016019 Per-Nr.: 22109025

Aufnahme

Datum/Uhrzeit: 02.11.2006 11:32

Erfassungsart: E = Einbestellung

Aufnahmetyp: N = Normalaufnahme
K = Kurzaufnahme
E = Einbestellung

Abrechnungsart: E = Einbestellung

Ambulanz:

Fachrichtung:

Liquidierender Arzt:

Patient

Name: Mustermann Vorname: Rüdiger Telefon: 0921/12121
Geburtsname: Mustermann Geburtsdatum: 31.01.1960 Geschl.: M = männlich
Nation/PLZ: D = Deut. 95448 PLZ Ort/Straße: Bayreuth Frankenstr. 12

Scheine
Kostenträger

Abb. 5: Einbestellung eines ambulanten Patienten in medico//s