

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



Abb. 1: Menü „Extras/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 (automatisch vorbelegt „1“) und betätigen Sie dann den Schalter „Drucken“. Wünschen Sie zunächst eine Druckvorschau, so müssen Sie noch im Bereich „Ausgabe auf:“ den Schalter „Bildschirm“ setzen:

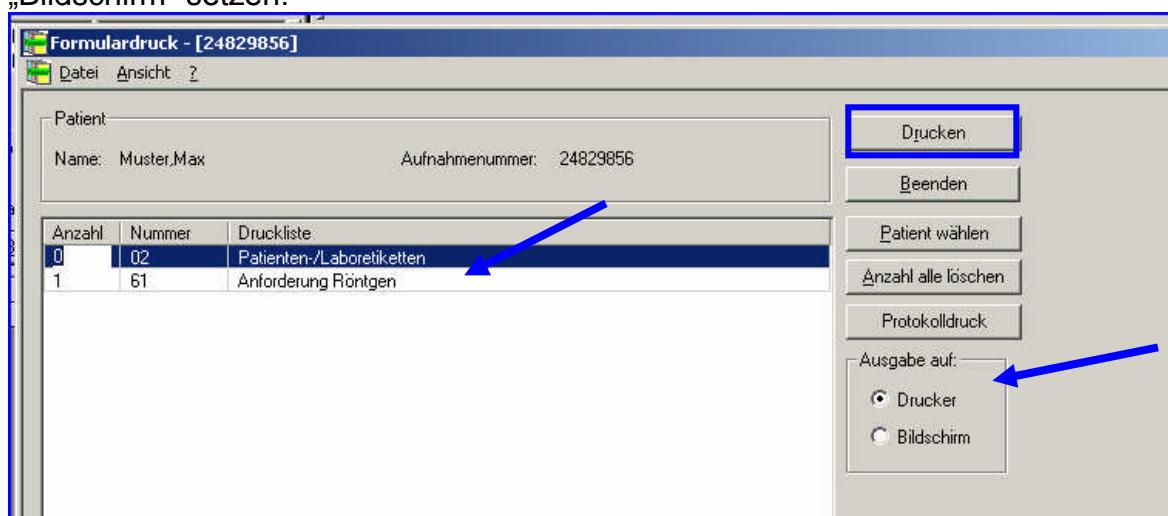


Abb. 2: Auswahl Druckformulare

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 / K
Geburtsdatum 45147 Essen
AC

Anschrift BEKA Standortk.-Praxis
Aufn:10.05.2006 10:20W

Kostenträger

Institut für Diagnostische und
Interventionelle Radiologie und Neuroradiolog

TÜV
DORTMUND

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

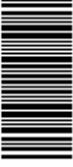
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Anforderung		Röntgendiagnostik				
		Universitätsklinikum Essen				
Name 26400564AC5 MHM2006045 Vorname Mustermann, Hans Geburtsdatum 23.06.1980 Anschrift Holweg 18 /K Kostenträger BEK Auslandsabk.-Praxis C Aufn: 10.05.2006 10:20 MW		 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Neuroradiologie 				
<input checked="" type="checkbox"/> Anforderung an <input type="checkbox"/> Tel.: 3998 <input type="checkbox"/> Fax: 5774		CT, Angiographie, Direktleitung, Sonographie, Mammographie, konventionelle Diagnostik				
<input type="checkbox"/> (Bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Tel: 1540 <input type="checkbox"/> Fax: 1526		MRT				
<input checked="" type="checkbox"/> Station/Ambulanz		Telefon	Datum			
<input checked="" type="checkbox"/> Notfall		vereinbarter Termin				
<input checked="" type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> prä-stationär	<input type="checkbox"/> post-stationär	<input type="checkbox"/> Abklärung	
<input checked="" type="checkbox"/> gewünschte Untersuchung						
<input checked="" type="checkbox"/> klinische Angaben						
<input checked="" type="checkbox"/> Fragestellung						
<input checked="" type="checkbox"/> bitte ausfüllen/ankreuzen		Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kontrastmittelallergie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Kreatinin <input type="checkbox"/> (bei CT und Angiographie)		Risikofaktoren				
		Transport <input type="checkbox"/>	Bett <input type="checkbox"/>	Stuhl <input type="checkbox"/>	zu Fuß <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		frühere Untersuchung <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> auswärts		
<input checked="" type="checkbox"/> anfordernde Ärztin/Arzt		Funk <input type="checkbox"/>	Unterschrift <input type="checkbox"/>			
<i>Für CT- und MRT-Untersuchungen bitte verlösen Zugang legen</i>						
Bemerkungen			Datum/Unterschrift MTA			

Abb. 4: Anforderungsschein Röntgendiagnostik aus medico//s