

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“:

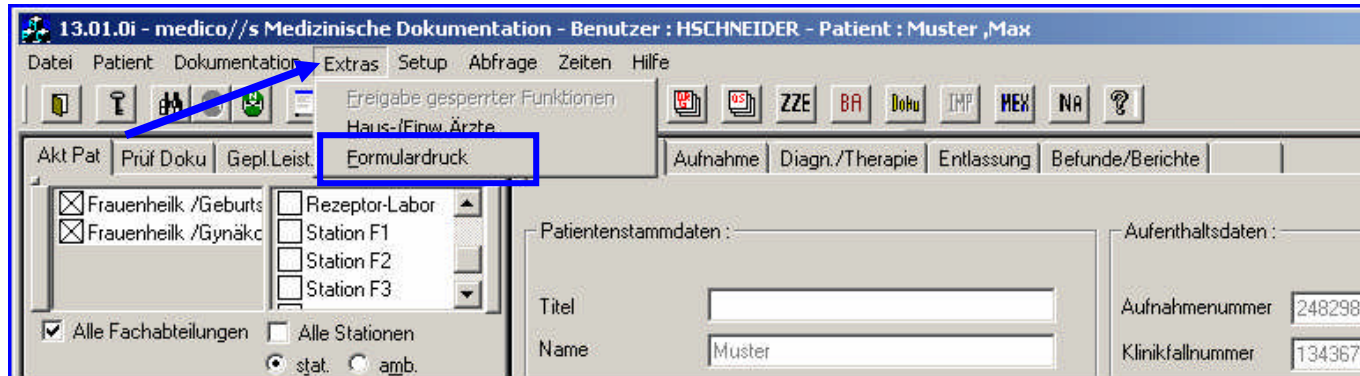


Abb. 1: Menü „Extras/Formulardruck“

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:

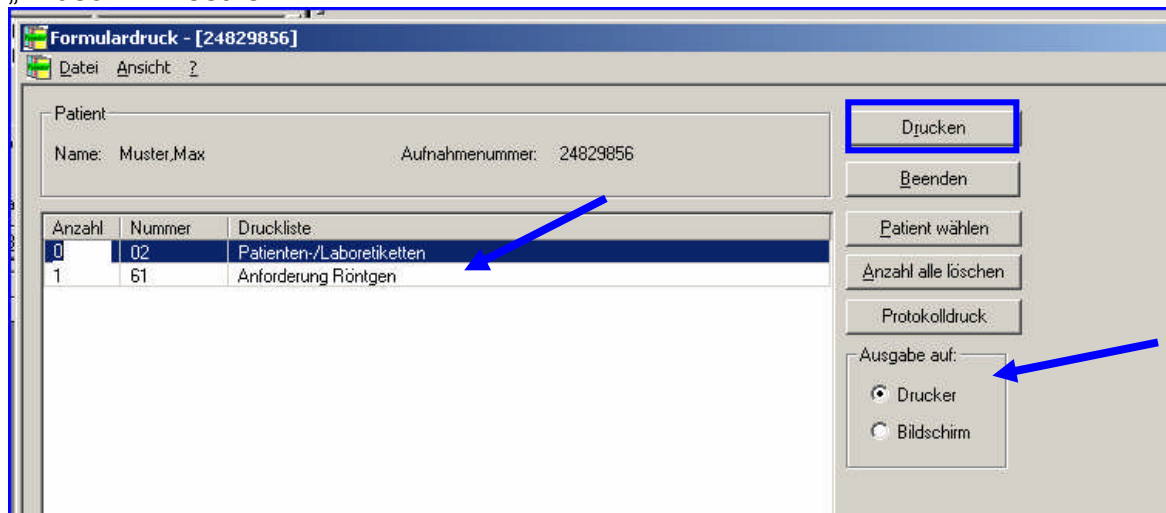


Abb. 2: Auswahl Druckformulare

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



<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Anforderung		Röntgendiagnostik		
Universitätsklinikum Essen				
Name	26400564 AC5 MHM230/530 15 Mustermann, Hans * 23.06.1980 / K		Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Neuroradiolog	
Vorname	Hohlweg 18 45147 Essen		AC	
Geburtsdatum				
Anschrift	BEKAns Landstrab.-PrivatC			
Kostenträger	Aufn:10.05.2006 10:20AM			
		Direktor: Prof. Dr. med. M. Forsting		
		Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Anforderung an	<input type="checkbox"/> Tel.: 3998 Fax: 5774	CT, Angiographie, Durchleuchtung, Sonographie, Mammographie, konventionelle Diagnostik		
(bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Tel: 1540 Fax: 1526	MRT		
<input type="checkbox"/> Station/Ambulanz	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	
		Datum	<input type="text"/>	
	Notfall <input type="checkbox"/>	vereinbarter Termin <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> prä-stationär	<input type="checkbox"/> post-stationär	
		Abklärung <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> gewünschte Untersuchung	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

Abb. 3: Kopfteil Anforderungsschein Röntgendiagnostik

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Anforderung</div> <div style="margin-left: 10px;">Röntgendiagnostik</div> </div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> </div>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Name: 26400564AC5 MHA23063015 Mustermann, Hans Vorname: ^23.06.1980 /K Holtweg 18 AC Geburtsdatum: 45147 Essen Anschrift: BEK Auslandssabk.-Praxis C Aufn: 10.05.2006 10:20 MY Kostenträger: </div>		<div style="text-align: right;"> Universitätsklinikum Essen Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Neuroradiolo: Direktor: Prof. Dr. med. M. Forsting Chefarztbehandlung: </div> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> TÜV <small>DR/BI/ED: Praxis Essen</small> </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Anforderung an </div> <div> Tel.: 3998 Fax: 5774 </div> <div> CT, Angiographie, Durchleuchtung, Sonographie, Mammographie, konventionelle Diagnostik </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen) </div> <div> Tel.: 1540 Fax: 1526 </div> <div> MRT </div> </div>	
<input type="checkbox"/> Station/Ambulanz	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Datum
<input type="checkbox"/> Notfall		<input type="checkbox"/> vereinbarter Termin
<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> prä-stationär
<input type="checkbox"/> gewünschte Untersuchung		<input type="checkbox"/> post-stationär
<input type="checkbox"/> klinische Angaben		
<input type="checkbox"/> Fragestellung		
<input type="checkbox"/> bitte ausfüllen/ankreuzen		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Schwangerschaft</div> <div>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></div> </div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Kontrastmittelallergie</div> <div>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></div> </div>		
Kreatinin <input type="text"/> <small>(bei CT und Angiographie)</small>	Risikofaktoren <input type="text"/>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Transport</div> <div>Bett <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/></div> </div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>frühere Untersuchung</div> <div>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> auswärts <input type="checkbox"/></div> </div>		
<input type="checkbox"/> anfordernde Ärztin/Arzt	<input type="checkbox"/> Funk	<input type="checkbox"/> Unterschrift
<i>Für CT- und MRT-Untersuchungen bitte verlässen Zugang legen.</i>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Bemerkungen</div> <div>Datum/Unterschrift MTA</div> </div>		

Abb. 4: Anforderungsschein Röntgendiagnostik aus medico//s