

Sie bleiben gelassen, auch wenn's „förmlich“ wird ...

Formulare

Ohne Formulare geht's nicht – aber wenn schon, dann sollten Sie sich darüber so wenig Gedanken wie möglich machen müssen. Deshalb sind bei DAVID X alle wichtigen Formulare bereits „serienmäßig“ hinterlegt.

Krankenhausbehandlung
 Datum: 07.10.2004
 Formular: A

Arzt: [ADK] [LKK] [MA] [BK] [GMA] [AEV] [Knappschaft] 09409
 Name, Vorname des Versicherten: [Name, Vorname des Versicherten]
 Kestling Maria-Lisa
 Willi-Eichler-Str. 25
 37079 Göttingen
 geb. am: 24.09.1942

Kassen-Nr.: [Kassen-Nr.] Versicherungs-Nr.: [Versicherungs-Nr.] StNr.: [StNr.]
 2131240 1989311 1000 1
 Vorname: [Vorname] vk. gültig bis: [Datum]
 082312345 07.10.2004

Diagnose: [Diagnose]
 ICD: [ICD]
 Diagnose: [Diagnose]
 Bemerkung: [Bemerkung]

Arbeitsunfähigkeit Bescheinigung
 Datum: 07.10.2004
 Formular: A

Arzt: [ADK] [LKK] [MA] [BK] [GMA] [AEV] [Knappschaft] 09409
 Name, Vorname des Versicherten: [Name, Vorname des Versicherten]
 Kestling Maria-Lisa
 Willi-Eichler-Str. 25
 37079 Göttingen
 geb. am: 24.09.1942

Kassen-Nr.: [Kassen-Nr.] Versicherungs-Nr.: [Versicherungs-Nr.] StNr.: [StNr.]
 2131240 1989311 1000 1
 Vorname: [Vorname] vk. gültig bis: [Datum]
 082312345 07.10.2004

Arbeitsunfähigkeit vom: [Datum] bis: [Datum]
 27.08.2004
 Grund: [Grund]
 15
 07.10.2004

Arbeitsunfähigkeit: [Arbeitsunfähigkeit]
 Bemerkung: [Bemerkung]

Rezept 3-Zellig
 Datum: 07.10.2004
 Formular: A

Arzt: [ADK] [LKK] [MA] [BK] [GMA] [AEV] [Knappschaft] 09409
 Name, Vorname des Versicherten: [Name, Vorname des Versicherten]
 Kestling Maria-Lisa
 Willi-Eichler-Str. 25
 37079 Göttingen
 geb. am: 24.09.1942

Kassen-Nr.: [Kassen-Nr.] Versicherungs-Nr.: [Versicherungs-Nr.] StNr.: [StNr.]
 2131240 1989311 1000 1
 Vorname: [Vorname] vk. gültig bis: [Datum]
 082312345 07.10.2004

Arzneimittel:
 Consultation
 Hausapotheke
 Fertigarzneimittel
 MedDB

Beloc Tbl 50 Stück:
 Dosierung: [Dosierung]

Privatrezept
 Datum: 07.10.2004
 Formular: A

Arzt: [ADK] [LKK] [MA] [BK] [GMA] [AEV] [Knappschaft] 09409
 Name, Vorname des Versicherten: [Name, Vorname des Versicherten]
 Kestling Maria-Lisa
 Willi-Eichler-Str. 25
 37079 Göttingen
 geb. am: 24.09.1942

Kassen-Nr.: [Kassen-Nr.] Versicherungs-Nr.: [Versicherungs-Nr.] StNr.: [StNr.]
 2131240 1989311 1000 1
 Vorname: [Vorname] vk. gültig bis: [Datum]
 082312345 07.10.2004

Arzneimittel:
 Consultation
 Hausapotheke
 Fertigarzneimittel
 MedDB

Ihre Vorteile:

- Sie sparen Zeit und Nerven durch den arbeitsplatzspezifischen Schnellaufgriff auf Ihre „Top 20“.
- Formulare können über die Eingabe von Shortcuts direkt über die Tastatur aufgerufen werden.
- Sie verfügen über 270 Formulare in den Versionen der Jahre 1998 bis dato.

Überweisungsschein
 Datum: 07.10.2004
 Formular: A

Arzt: [ADK] [LKK] [MA] [BK] [GMA] [AEV] [Knappschaft] 09409
 Name, Vorname des Versicherten: [Name, Vorname des Versicherten]
 Kestling Maria-Lisa
 Willi-Eichler-Str. 25
 37079 Göttingen
 geb. am: 24.09.1942

Kassen-Nr.: [Kassen-Nr.] Versicherungs-Nr.: [Versicherungs-Nr.] StNr.: [StNr.]
 2131240 1989311 1000 1
 Vorname: [Vorname] vk. gültig bis: [Datum]
 082312345 07.10.2004

Überweisung an: [Überweisung an]
 11.10.2004
 Grund: [Grund]
 Augenheilkunde

Diagnose auf Überweisungsbefehl:
 [Table with columns for patient name, date, and other details]

