

triaMED Handbuch triaMED KG

06.03.2018

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. triaMED KG	4
1.1 KG-Eintrag: Grundsätzliches	4
1.2 Kontakt.....	6
1.3 Grundsätzliche Bedienung des Dossiers.....	8
1.3.1 Bildschirmaufbau	8
1.3.2 Neue Einträge	15
1.3.3 Einträge bearbeiten	16
1.3.4 Einträge löschen	18
1.3.5 Transaktionsprotokoll	19
1.3.6 Export	19
1.3.7 Episodenkonzept	20
1.4 Ansichten und Abläufe.....	25
1.4.1 Übersichten	25
1.4.2 Bedeutung der Farben in 01 Übersichten	34
1.4.3 Probleme, Diagnosen	35
1.4.4 Anamnese	37
1.4.5 Status	43
1.4.6 Allgemeinstatus	44
1.4.7 Lokalstatus	48
1.4.8 Vitalzeichen	49
1.4.9 Verlauf problemorientiert	50
1.4.10 Verlauf problemübergreifend	63
1.4.11 Risikofaktoren	63
1.4.12 Arbeitsunfähigkeit	64
1.4.13 Impfungen	66
1.4.14 Diagnostik	68
1.4.15 Therapie	73
1.4.16 Dokumente	104
1.4.17 Versandmappe	106
1.4.18 Notizen	118
1.4.19 Prävention, Vorsorge	120
1.4.20 Aufklärung	122
1.4.21 Gynäkologie	123
1.4.22 Pädiatrie	125
1.4.23 Administration	128
1.5 Patientendossier schliessen	138
1.6 Leistungserfassung.....	142



1.7 Index148

1. triaMED KG

In diesem Handbuch wird die medizinische Dokumentation innerhalb des medizinischen Informationssystems triaMED erläutert.

1.1 KG-Eintrag: Grundsätzliches

Eintrag

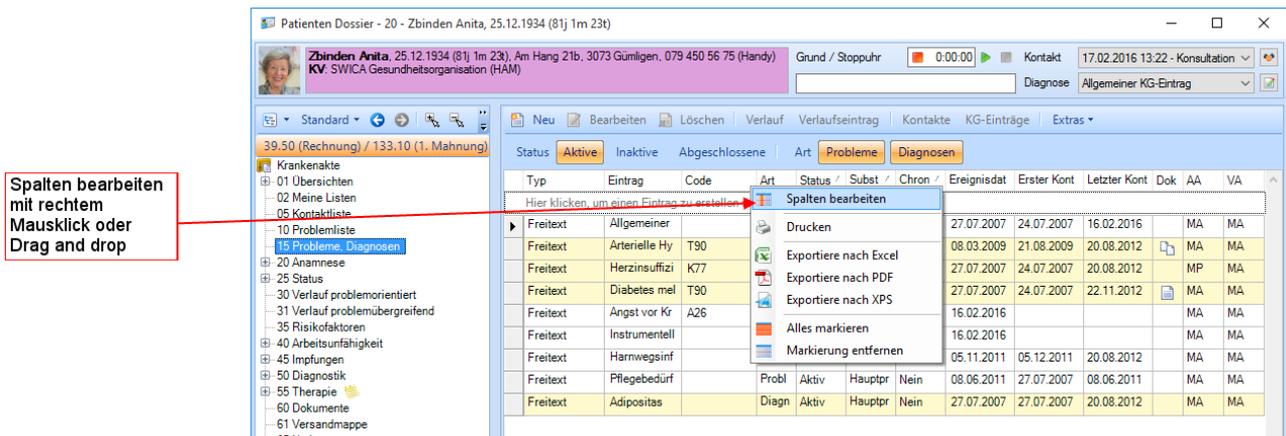
Jeder Eintrag in die elektronische Krankengeschichte wird grundsätzlich verknüpft mit:

- Einem Kontakt (Konsultation, Hausbesuch, Telefon etc.)
- Einer Diagnose (standardmäßig: Allgemeiner KG-Eintrag)
- Dem aktuellen Benutzer
- Dem ausführenden Arzt
- Dem verantwortlichen Arzt
- Datenherkunft (Manuelle Eingabe, Schnittstelle oder Migration)
- Dokumentations-Datum (entspricht dem PC Systemdatum)
- Ereignis-Datum
- Visum-Datum (Kenntnisnahme durch den Arzt)
- Visum ausführender Arzt
- Visum verantwortlicher Arzt

Einstellungen speichern

Es können für alle Bildschirme der KG pro Benutzer:

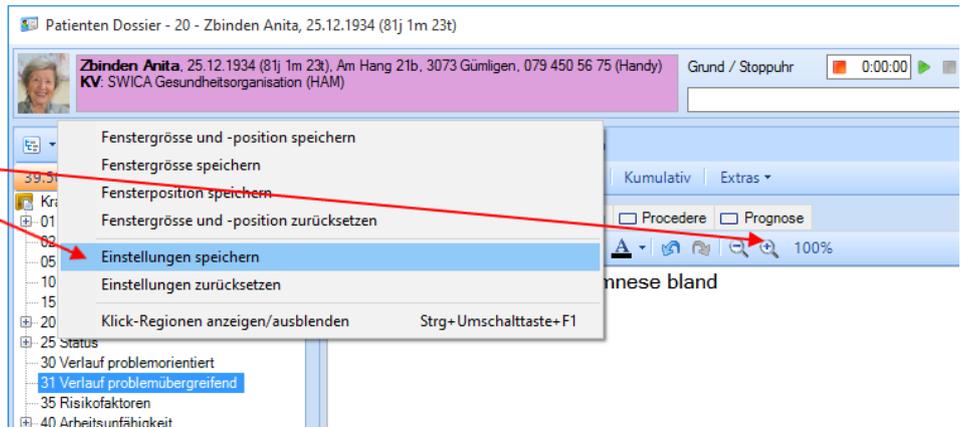
- die Spalten pro vorh. Register angezeigt oder ausgeblendet werden
- die Spaltensortierung kann gespeichert werden
- die Spaltenbreite kann, falls zulässig, verändert werden
- die Detailfenstergröße und –breite kann angepasst werden



Zoom auf Freitextfeldern

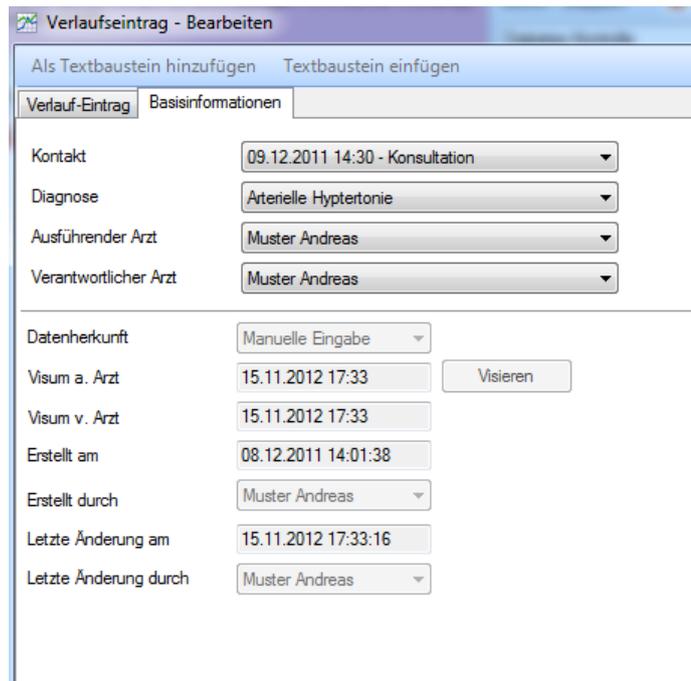
Für alle Freitextfelder kann der Zoomfaktor eingestellt werden. Dieser kann individuell mit Einstellungen speichern dauerhaft hinterlegt werden

Zoomfaktor wählen und dauerhaft hinterlegen



Detailfenster KG-Eintrag

Über den Button Bearbeiten oder mit Doppelklick auf einen Eintrag kann das Detailfenster pro KG-Eintrag geöffnet und die entsprechenden Verknüpfungen können angesehen und/oder geändert werden:



1.2 Kontakt

Kontakt

Jeder KG-Eintrag ist mit einem Kontakt verknüpft. Folgende Kontaktarten sind definiert: Konsultation, Hausbesuch, Spitalbesuch, Telefon, Aktenstudium, Medikamentenabgabe, Diagnostik MPA, Therapie MPA und Leistung in Abwesenheit. Bevor in der KG Einträge gemacht werden können, muss die zugehörige Kontaktart gewählt werden. Es erscheint beim Bearbeiten der KG immer zuerst ein Fenster, bei dem der Kontakt gewählt werden kann:

Datum	Zeit	Dauer	Stoppuhr	Kontaktart	Erbringungsort	Grund	Aufenthaltsart
17.02.2016	13:45		0 Std 00 Min 00 Sek	Konsultation	Praxis		Ambulant

Kontakt auswählen

Zu einem bestehenden Kontakt einen Eintrag hinzufügen. Gewünschten Kontakt markieren und Anzeigen oder Bearbeiten wählen oder direkt Doppelklick auf den gewünschten Kontakt.

Neuer Kontakt erstellen

Es wird in der KG ein neuer Kontakt erstellt. triaMED versucht anhand der Agenda automatisch den besten Vorschlag zu machen, z.B. wird neuer Kontakt

nur vorgeschlagen, wenn der Patient an diesem Tag noch keine Konsultation hat.

Kontakt auswählen / erstellen

20 - Zbinden Anita, Gümligen, 25.12.1934

Kontakt auswählen

16.02.2016 08:59	Konsultation	
15.02.2016 13:22	Konsultation	
22.11.2012 14:30	Konsultation	Diabetes Kontrolle

Neuer Kontakt erstellen

Datum: 17.02.2016

Zeit: 13:45

Dauer:

Stoppuhr: 0 Std 00 Min 00 Sek

Kontaktart: **Konsultation**

Erbringungsort: Praxis

Grund:

Aufenthaltsart: Ambulant

Standardeinstellungen

Ausführender Arzt: Messerli Andreas

Verantwortlicher Arzt: Messerli Andreas

Nicht visitierte Fremdeinträge validieren

Anzeigen **Bearbeiten** Abbrechen

Auswahl der Art des Kontaktes



Kontaktart

Die Kontaktart muss korrekt ausgewählt werden, damit zu einem späteren Zeitpunkt die Statistik bezüglich Anzahl Konsultationen stimmt: Nebst den oben erwähnten Kontaktarten können auch weitere Kontaktarten per Parameter eingeschaltet werden, nämlich: Kardiologie, Orthopädie, Gastroenterologie, Sport, Ernährung, Physiotherapie, Psychosomatik, Pflegedienst, Leistung in Abwesenheit.

AA, VA

Es muss der richtige ausführende Arzt und verantwortliche Arzt eingestellt werden. Wenn der Benutzer die Rolle Arzt innehat, wird dieser Arzt automatisch als ausführender Arzt vorgeschlagen.

Vor allem die MPA müssen stets darauf achten, dass bei der entsprechenden Arbeit am Dossier eines Patienten der richtige VA eingestellt ist:.

Benutzer: Berger Corina (CB)
 Mandant: Musterli Peter

1.3 Grundsätzliche Bedienung des Dossiers

Im Folgenden werden einige grundsätzliche Ausführungen zum Aufbau der Bildschirme und den Arbeitsmöglichkeiten dargelegt. Es geht hier nur um Grundsätzliches zur Bedienung. Einzelheiten zu den einzelnen Bildschirmen folgen in den nächsten Kapiteln.

Tooltip

Grundsätzlich wird im ganzen Patientendossier ein kleiner „Hilfe-Text“ eingeblendet, wenn sich die Maus auf einem möglichen Funktionsaufruf befindet.

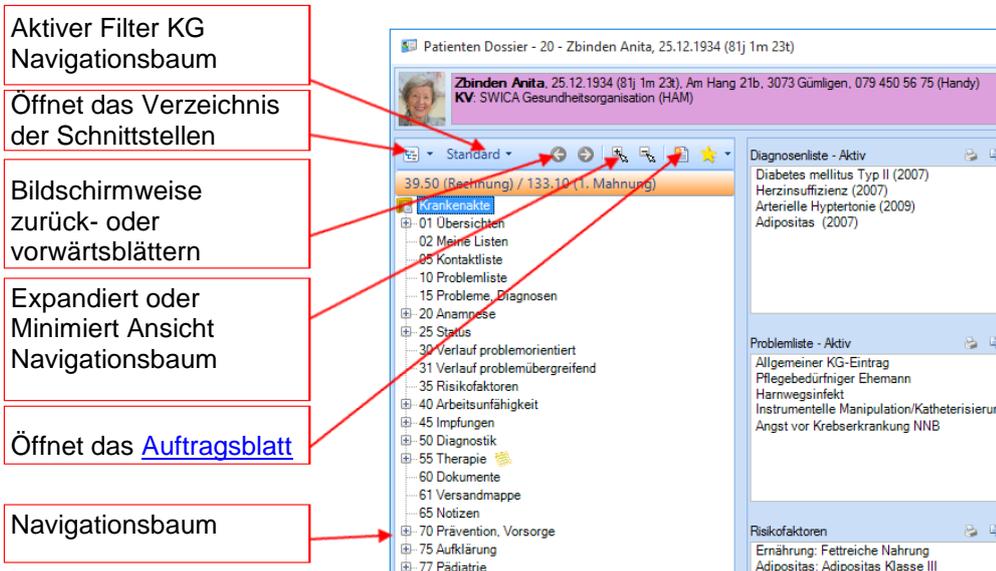
Diese kleine kontextsensitive Beschreibung wird „Tooltip“ genannt:



1.3.1 Bildschirmaufbau

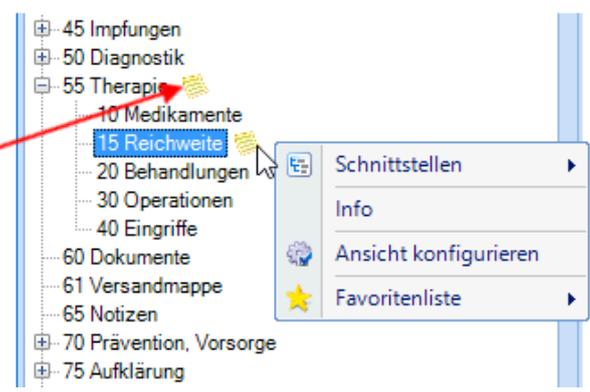
Navigationsbaum:

Links auf dem Bildschirm befindet sich der sog. **Navigationsbaum**, der ein übersichtliches strukturiertes Verwalten des gesamten Dossiers ermöglicht:

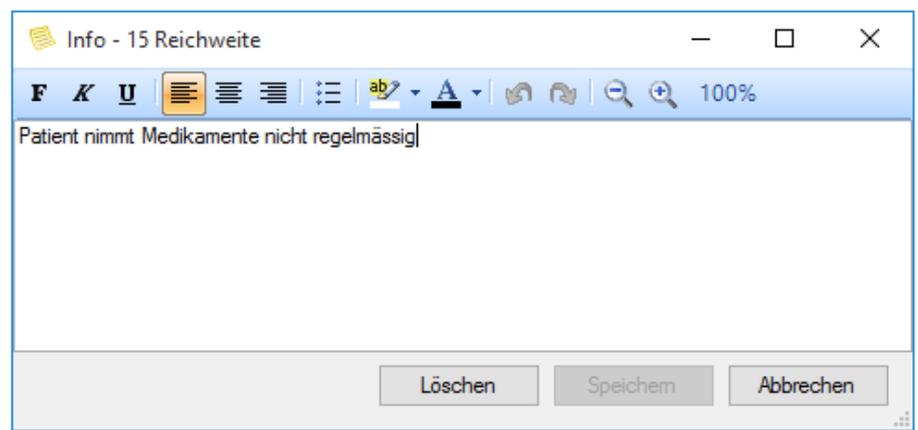


Navigationsknoten Info – Zu jedem Navigationsknoten in der KG können Informationen (in Form einer Textnotiz) abgelegt werden; klicken Sie dazu im Kontextmenu (rechter Mausklick auf den Navigationsknoten) auf „Info“. Diese Notizen sind nicht an einen KG_Eintrag gebunden sondern an den Navigationsknoten und den Patienten.

Wenn zu einem Navigationsknoten eine Textnotiz ("Info") vorhanden ist, wird dies mit einem Icon (Postit ) angezeigt



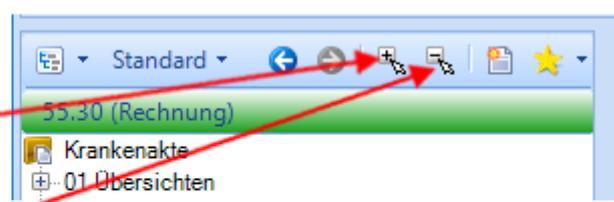
Es öffnet sich ein Fenster mit Textfeld, das etliche Formatierungsmöglichkeiten erlaubt:



Navigationsbaum Unterknoten Der Navigationsbaum kann mit einem Klick geöffnet werden:

 **Öffnet alle Unterknoten der Navigation**

 **Schliess alle Unterknoten der Navigation**

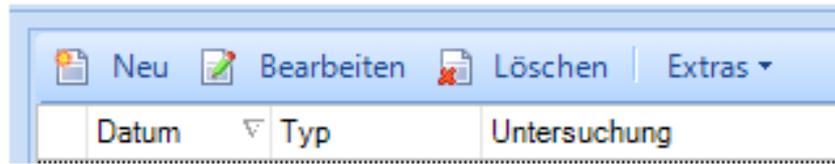


Nummernwahl Navigation: Die einzelnen Navigationsknotenpunkte können sowohl mit der **Maus** als auch durch direkte Eingabe der entsprechenden **Nummer** angewählt werden.

Listenschilder: Listenschilder können je nach Navigationspunkt etwas verschieden aussehen, zeigen aber immer gemeinsame Eigenschaften:

Toolbar

Oben befindet sich die sog. **Toolbar** mit Menüpunkten, die minimal die Buttons „Neu“, „Bearbeiten“, „Löschen“ und „Extras“ bieten.

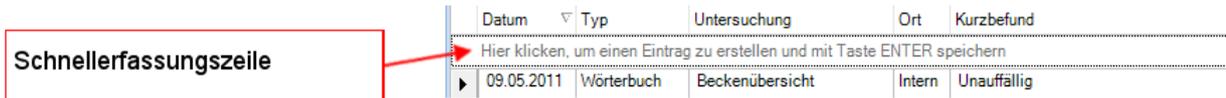


Grid

Der Benutzer kann KG-Einträge in der Tabellenansicht (im sog. „Grid“) markieren und die in der Toolbar gezeigten Auswahlmöglichkeiten zur Bearbeitung dieser Einträge anwenden. Die Spaltenbenennung im Grid richtet sich nach den darzustellenden Informationen und ist demzufolge variabel.

Schnellerfassungszeile

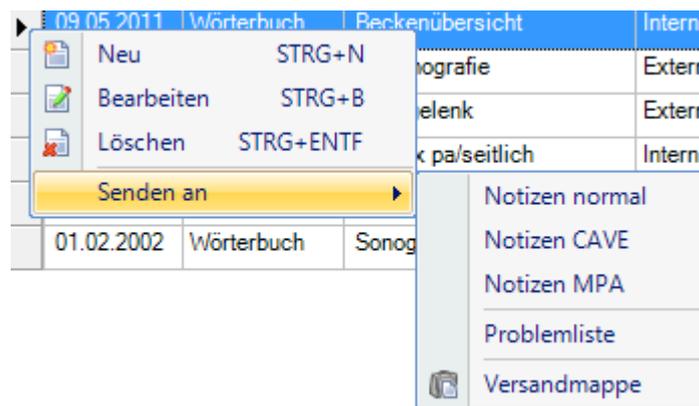
Die oberste Zeile im Grid ist die sog. Schnellerfassungszeile, in der neue Einträge erstellt werden können:



Die **Einträge müssen stets mit ENTER abgeschlossen werden**, damit die definitive Speicherung erfolgt.

Rechte Maustaste:

Grundsätzlich bietet die rechte Maustaste dasselbe Menu wie die Toolbar, teilweise sogar noch zusätzliche Möglichkeiten:



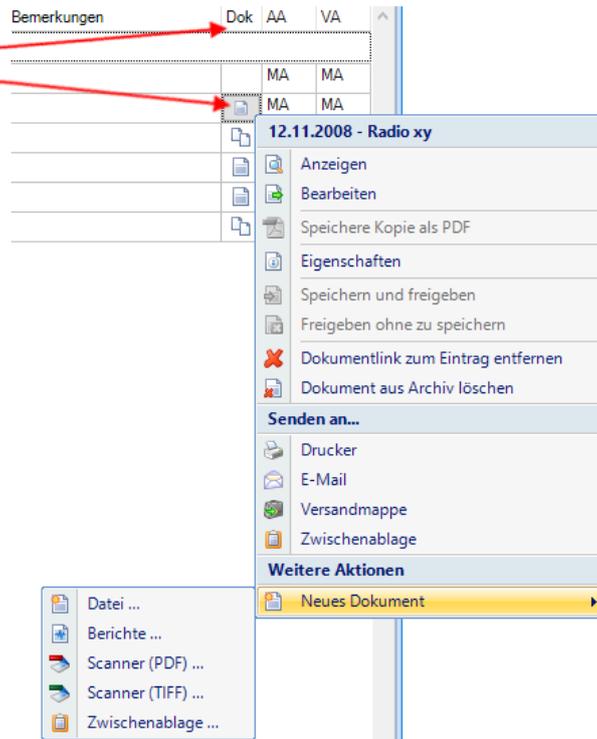
Wenn man also grundsätzlich über die lokal möglichen Funktionen irgendwo im Programm Bescheid möchte, lohnt es sich, mit der rechten Maustaste „nachzusehen“ ...

Dok

Unter „Dok“ können überall im Dossier Dokumente zu einem KG-Eintrag abgelegt oder bearbeitet werden (Klick linke Maustaste öffnet Menu)

Dok:

Dok: hier können zu jedem KG-Eintrag Dokumente angehängt, Berichte erstellt oder bereits bestehende Dokumente angezeigt und bearbeitet werden

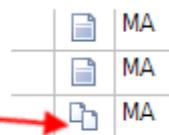


Grundsätzlich kann zu jedem KG-Eintrag irgendwo im Patientendossier ein Dokument erstellt, angezeigt, bearbeitet oder von extern angehängt werden.

Ausführliche Anleitungen zur Erstellung von Dokumenten sowie der Ablage von externen Dokumenten ins Dossier finden sich in Kap. 6.

Sofern zu einem KG-Eintrag mehrere Dokumente abgelegt sind, ist in der Spalte Dok folgendes Symbol zu sehen:

Es sind mehrere Dokumente zum KG-Eintrag abgelegt.



VA, AA

Unter VA bzw. AA ist der verantwortliche bzw. ausführende Arzt aufgeführt.

Bildschirmaufbau zusammenfassend:

Toolbar mit verschiedenen Buttons für Aktionen

Schnellerfassungszeile

Markierter Eintrag

In "Dok" befinden sich die mit dem Eintrag verknüpften Dokumente

**AA: Ausführender Arzt
VA: Verantwortlicher Arzt**

Typ	Freitext	Algemeiner KG-	Code	Art	Status	Substa	Chroni	Ereignisdat	Erster Kort	Letzter Kort	Dok	AA	VA
Freitext	Arterielle Hypert	T90		Diagn	Aktiv	Hauptpro	Ja	27.07.2007	24.07.2007	16.02.2016		MA	MA
Freitext	Herzinsuffizienz	K77		Diagn	Aktiv	Hauptpro	Ja	27.07.2007	24.07.2007	20.08.2012		MA	MA
Freitext	Diabetes mellitus	T90		Diagn	Aktiv	Hauptpro	Ja	27.07.2007	24.07.2007	22.11.2012		MA	MA
Freitext	Angst vor Krebse	A26		Proble	Aktiv	Hauptpro	Nein	16.02.2016				MA	MA
Freitext	Instrumentelle M			Proble	Aktiv	Hauptpro	Nein	16.02.2016				MA	MA
Freitext	Harnwegsinfekt			Proble	Aktiv	Hauptpro	Nein	05.11.2011	05.12.2011	20.08.2012		MA	MA
Freitext	Pflegebedürfnige			Proble	Aktiv	Hauptpro	Nein	08.06.2011	27.07.2007	08.06.2011		MA	MA
Freitext	Adipositas			Diagn	Aktiv	Hauptpro	Nein	27.07.2007	27.07.2007	20.08.2012		MA	MA

Im Header der KG werden Frauen und Männer sowie verstorbene Patienten farblich unterschiedlich dargestellt. Wird mit der Maus auf den Header gefahren, erscheint eine Legende für die drei möglichen Farben als Tooltip:

Legende

- Männlich
- Weiblich
- Verstorben

Diagnosenliste - Aktiv

- Diabetes mellitus Typ II (2007)
- Herzinsuffizienz (2007)
- Arterielle Hypertonie (2009)
- Adipositas (2007)

Rechte Maustaste:

Rechte Maustaste mit zusätzlichen Möglichkeiten

Rechte Maustaste mit zusätzlichen Möglichkeiten

Kumulativansicht

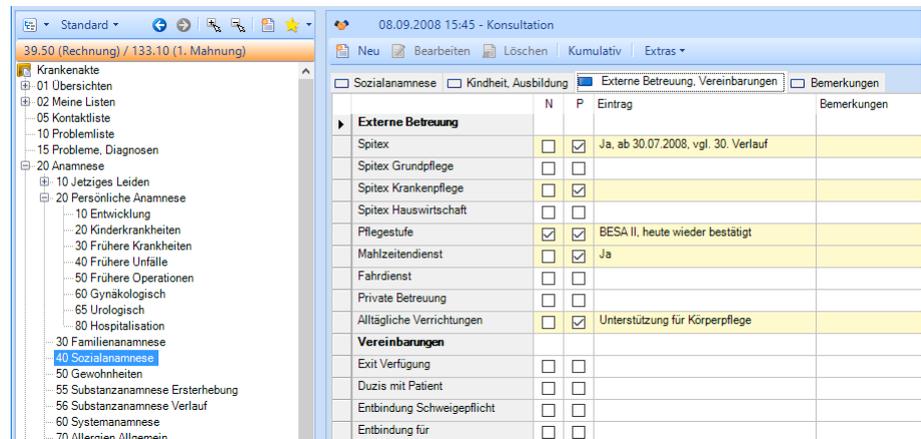
Auf Bildschirmen mit Registern besteht die Möglichkeit der Kumulativansicht, d.h. der Ansicht über den Zeitverlauf hinweg:

	Aktuellster Eintrag	17.02.2016 13:45	08.09.2008 15:45
Externe Betreuung			
Spitex	Ja, ab 30.07.2008, vgl. 30. Verlauf		Ja, ab 30.07.2008
Spitex Grundpflege			
Spitex Krankenpflege			
Spitex Hauswirtschaft			
Pflegestufe	BESA II, heute wieder bestätigt		BESA II, heute wi
Mahlzeitendienst	Ja		Ja
Fahrdienst			
Private Betreuung			
Alltägliche Verrichtungen	Unterstützung für Körperpflege		Unterstützung für
Vereinbarungen			
Exit Verfügung			
Duzis mit Patient			
Einbindung Schweigepflicht			
Einbindung für			
Reanimation			
Einwilligung zur Verabreich			
Juristisches			
Freitext			
Organspende			
Entnahme von folgenden O			

Doppelklick

Spaltenheader

Mit Doppelklick auf den Spaltenheader (vgl. oberes Bild, blau markierter Bereich) gelangt man direkt in den entsprechenden Erfassungsbildschirm:



Dies funktioniert nur bei denjenigen Kumulativansichten, bei denen die Einträge nicht nach Ereignisdatum angezeigt werden

Weitere Angaben zu Kumulativansichten finden sich bei den entsprechenden Navigationspunkten.

1.3.2 Neue Einträge

Schnellerfassungszeile:

Neue Einträge können sowohl über die **Schnellerfassungszeile** als auch über den **Button „Neu“** in der Toolbar sowie über die **rechte Maustaste** und Anwahl „Neu“ erfolgen.

Schnellerfassungszeile: je nach Spalte erscheinen drop-down-Boxen mit Auswahlmöglichkeit

Typ	Eintrag	Art	Status	Substatus	Chronisch	Ereignisdatum	Erster Kontakt	Letzter Kontakt	Dok	AA
Freitext		Problem	Aktiv	Hauptproble	Nein	17.02.2016				MA
Freitext	Allgemeiner KG-Eintra	Problem	Aktiv	Defaultprobl	Ja	27.07.2007	24.07.2007	17.02.2016		MA
Freitext	Arterielle Hypertonie	Diagnos	Aktiv	Hauptproble	Ja	08.03.2009	21.08.2009	20.08.2012		MA
Freitext	Herzinsuffizienz	Diagnos	Aktiv	Hauptproble	Ja	27.07.2007	24.07.2007	20.08.2012		MP

Eingaben in der Schnellerfassungszeile müssen **stets mit der Enter-Taste bestätigt** werden, damit sie definitiv gespeichert werden!

Neu:

Sofern ein neuer Eintrag mit dem „Neu“ Button erstellt wird, erscheint der KG-Detaileintrag zur Bearbeitung:

KG Detaileintrag

Register / Tabs zur Bearbeitung der Daten

1.3.3 Einträge bearbeiten

Damit Einträge bearbeitet werden können, müssen sie markiert werden:

Eintrag markieren:

Markieren eines Eintrags mit Mausklick

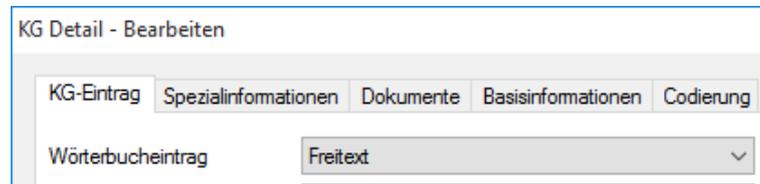
Typ	Eintrag	Art	Status	Substatu	Chronisc
Hier klicken, um einen Eintrag zu erstellen und mit Taste ENTER speichern					
Freitext	Allgemeiner KG-Eintrag	Problem	Aktiv	Defaultprobl	Ja
Freitext	Arterielle Hypertonie	Diagnose	Aktiv	Hauptprobl	Ja
Freitext	Herzinsuffizienz	Diagnose	Aktiv	Hauptprobl	Ja
Freitext	Diabetes mellitus Typ II	Diagnose	Aktiv	Hauptprobl	Ja
Freitext	Angst vor Krebserkrankung N	Problem	Aktiv	Hauptprobl	Nein
Freitext	Instrumentelle Manipulation/K	Problem	Aktiv	Hauptprobl	Nein
Freitext	Harnwegsinfekt	Problem	Aktiv	Hauptprobl	Nein
Freitext	Pflegebedürftiger Ehemann	Problem	Aktiv	Hauptprobl	Nein
Freitext	Adipositas	Diagnose	Aktiv	Hauptprobl	Nein

Einträge bearbeiten:

Über „Bearbeiten“ in der Toolbar, durch Doppelklick oder via rechte Maustaste können die Einträge bearbeitet werden; es erscheint dazu der KG-Detaileintrag (vgl. oben).

Detaileintrag bearbeiten:

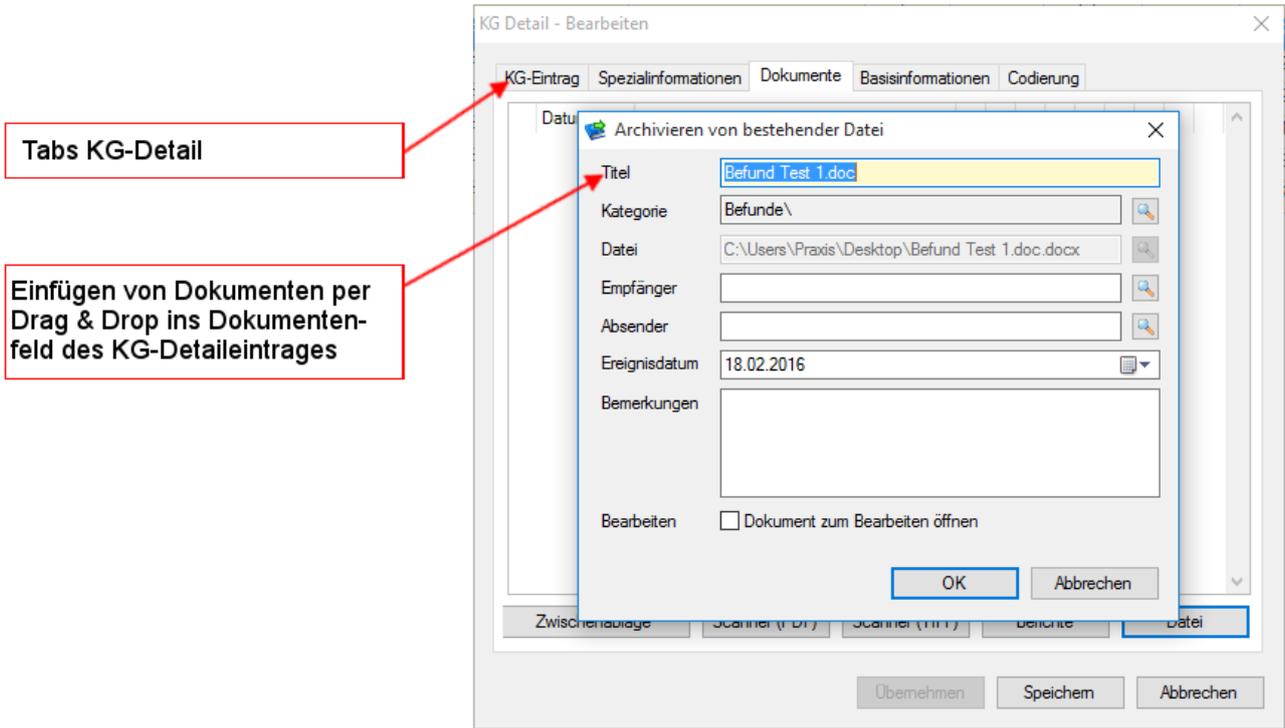
Der Detaileintrag wird über Zugriff auf Tabs bearbeitet:



Die „**Spezialinformationen**“ sehen je nach Art des Eintrages jeweils etwas anders aus.

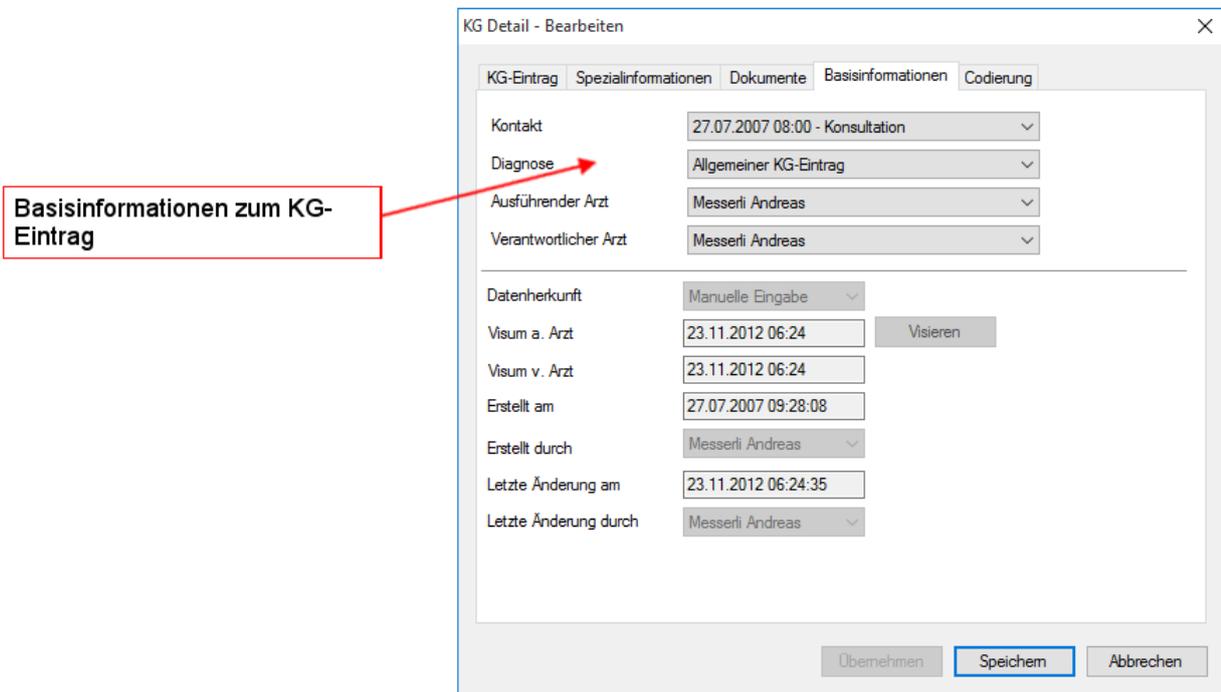
Dokumente, Drag&Drop:

Unter „**Dokumente**“ erscheinen die zum Eintrag gehörenden Dokumente bzw. es können neue Dokumente hier abgelegt werden. Dies kann bequem mit „Drag&Drop“ geschehen; die abzulegenden Dokumente (z.B. aus der Zwischenablage oder e-Mail-Anhänge) werden mit gedrückter linker Maustaste einfach ins Dokumentenfeld gezogen.



Basisinformationen:

Unter dem Tab „Basisinformationen“ erscheint die Information zur Verknüpfung des KG-Eintrages.

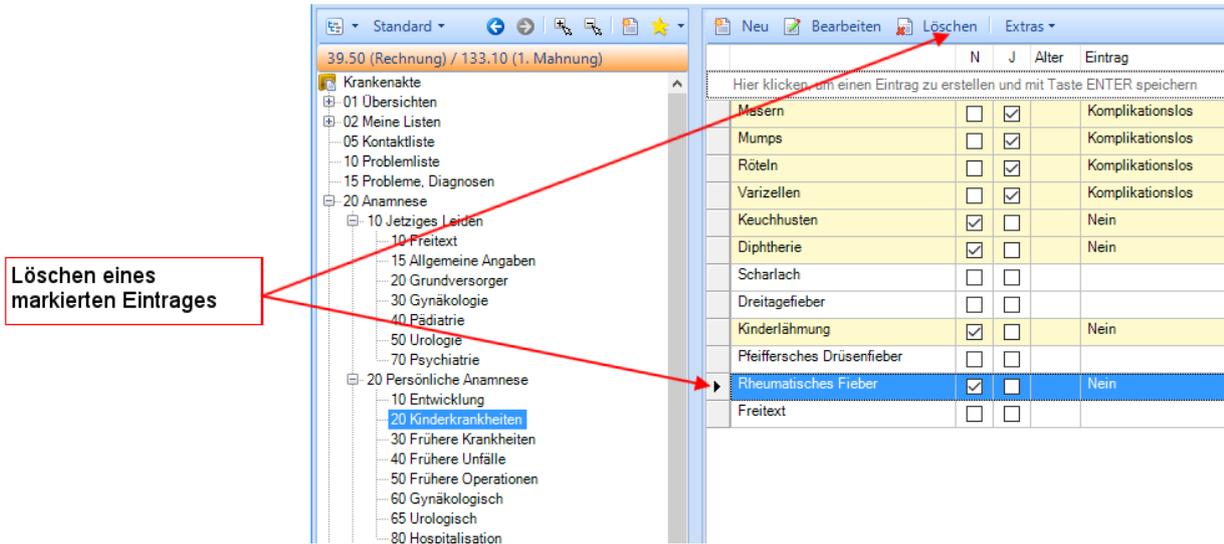


Codierung:

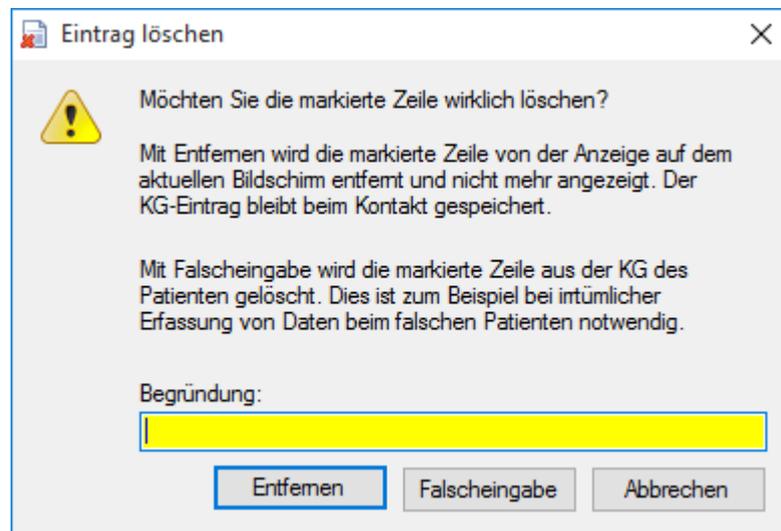
Unter „Codierung“ kann ein Code zur Diagnose abgelegt werden.

1.3.4 Einträge löschen

Löschen: Über „Löschen“ in der Toolbar kann ein KG-Eintrag entfernt werden.



: Dabei erscheint folgender Bildschirm:



Entfernen bedeutet Entfernung des Eintrages auf dem Bildschirm, der entsprechend entfernte KG-Eintrag bleibt aber weiterhin beim Kontakt gespeichert. Falscheingabe ermöglicht die Löschung des Eintrages.

1.3.5 Transaktionsprotokoll

Transaktionsprotokoll:

In triaMED werden sämtliche Datenbanktransaktionen protokolliert. Unter „Extras – Transaktionsprotokoll“ können sämtliche vorgenommenen Veränderungen des aktuellen KG-Eintrages im Zeitverlauf angesehen werden:

Transaktionsprotokoll
(hier: Probleme-Diagnosen)

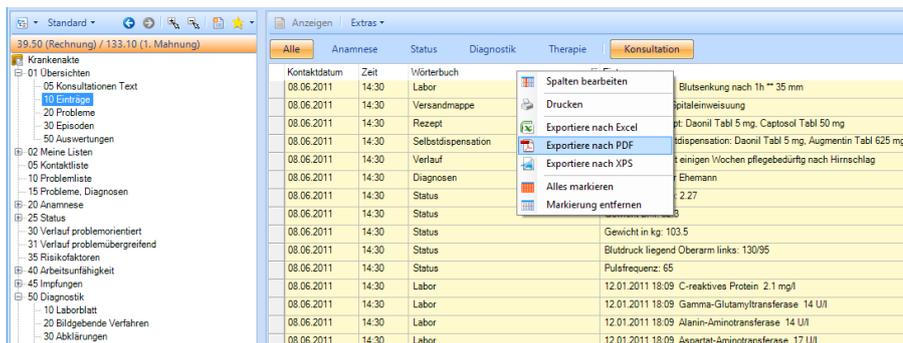
Kontaktdatum	Zeit	Wörterbuch	Eintrag	AA	VA	Status	Transaktionsdatum
22.11.2012	14:30	Diagnosen	Halsschmerzen	MA	MA	Erstellt	22.11.2012 14:53
22.11.2012	14:30	Diagnosen	Bauchschmerzen links	MA	MA	Gelöscht	23.11.2012 06:24
22.11.2012	14:30	Diagnosen	Bauchschmerzen links	MA	MA	Modifiziert	23.11.2012 06:22
22.11.2012	14:30	Diagnosen	Bauchschmerzen links	MA	MA	Erstellt	22.11.2012 14:56
16.02.2016	08:59	Diagnosen	Instrumentelle Manipulation/Katheteris	MA	MA	Erstellt	16.02.2016 09:55
16.02.2016	08:59	Diagnosen	Angst vor Krebserkrankung NNB	MA	MA	Erstellt	16.02.2016 10:04

1.3.6 Export

Daten in triaMED können auf vielfältige Weise und in diversen Formaten exportiert werden.

Export aus Tabelle

Tabellenansichten können grundsätzlich mit **rechtem Mausklick auf den Tabellenheader** exportiert werden:



Dabei wird die Tabellensicht 1:1 übernommen, d.h. auf dem Dokument sieht die Darstellung gleich aus wie auf dem Bildschirm.

Export über Druckvorschau Auf vielen Bildschirmen (z.B. Laborblatt, Kumulativansichten) ist der Export über die Druckvorschau möglich.

Klicken Sie dazu auf das Druckersymbol und wählen Sie in der Druckvorschau das Exportsymbol:



Anschließend wählen die das gewünschte Ziel- Verzeichnis, Dateiname und Format:

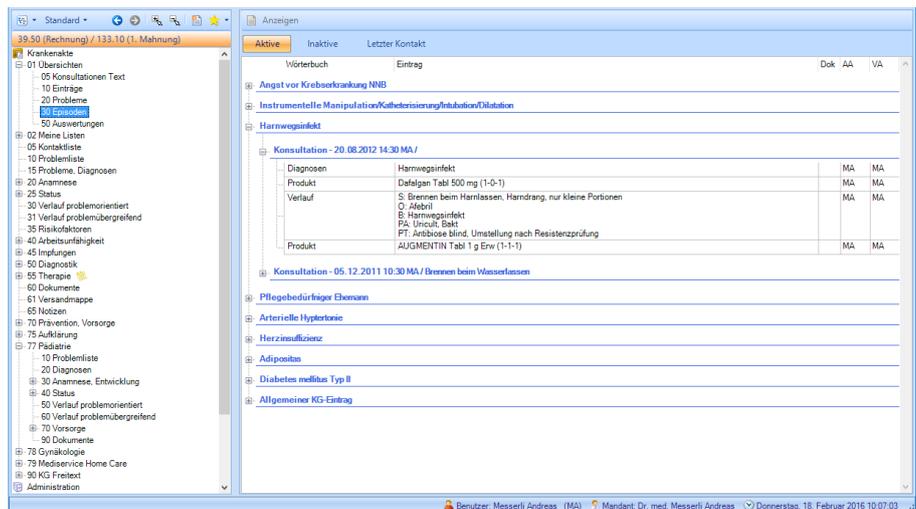


Export Spezialfälle In gewissen Spezialfällen stehen andere Arten des Exportes (und Importes) zur Verfügung, z.B. der Dokumentvorlagen.

1.3.7 Episodenkonzept

Episode Die Episode ist die Zeitperiode der Dauer eines Gesundheitsproblems, gemessen vom ersten bis zum letzten Kontakt zwischen Patient und Leistungserbringer (Arzt).

Episoden in triaMED Die Episodendarstellung findet sich auf Bildschirm 01 30 – Episoden:



Episodenbezogene
Dokumentation

Sofern Sie streng episodenzugewandelt dokumentieren wollen, müssen Sie darauf achten, dass die Erfassung der einzugebenden Daten zum gewünschten Problem/zur gewünschten Diagnose erfolgt:



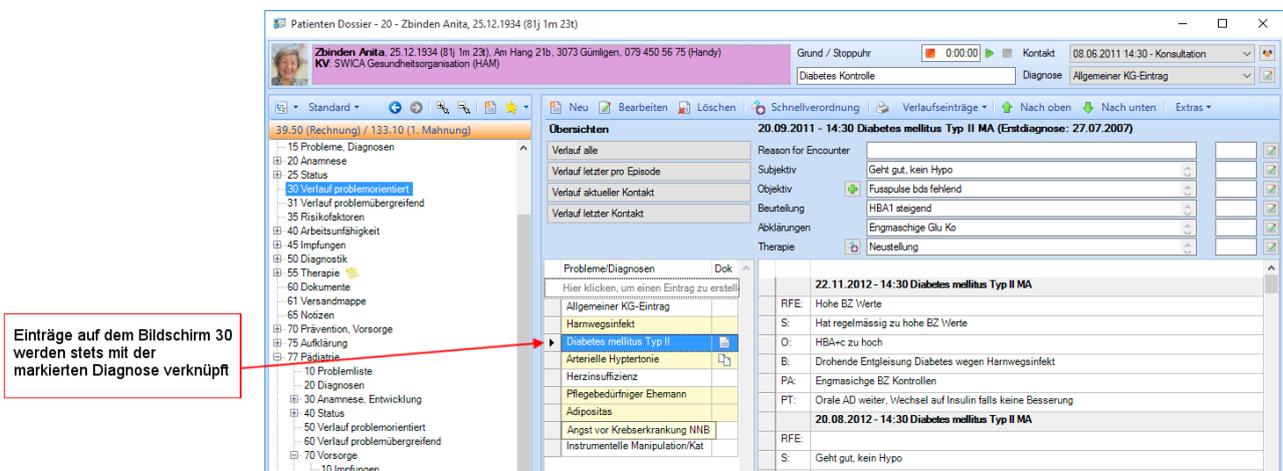
Das gewünschte Problem, auf das die Daten erfasst werden sollen, muss im Diagnosefenster rechts oben eingestellt werden.

Voraussetzung ist natürlich, dass diese Diagnose vorgängig erfasst worden ist.

Wenn Sie also z.B. die Diagnose "Herzinsuffizienz" einstellen, werden fortan sämtliche Einträge des aktuellen Kontaktes mit dieser Diagnose verknüpft; dies solange, bis Sie wieder eine andere Diagnose wählen.

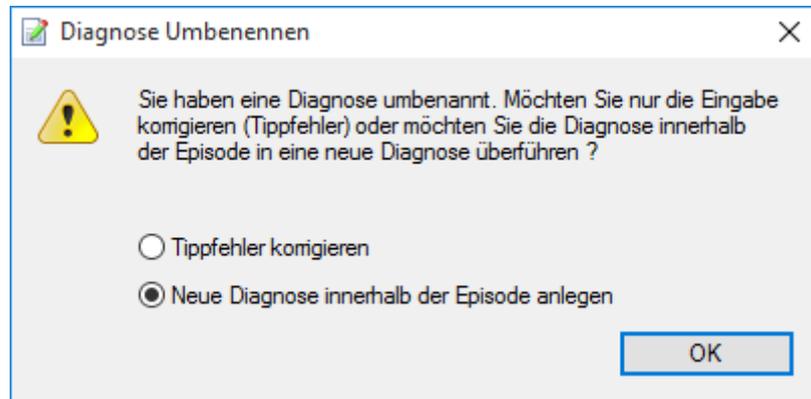
Wenn Sie rechts oben im Diagnosefenster keine bestimmte Diagnose einstellen, erfolgen die Einträge standardmässig auf die Diagnose "Allgemeiner KG-Eintrag".

Ausnahme: Bildschirm 30 –Verlauf problemorientiert: hier werden Einträge, die zu einer markierten Diagnose erstellt werden, stets mit dieser verknüpft (egal, was oben rechts im Diagnosefenster steht):

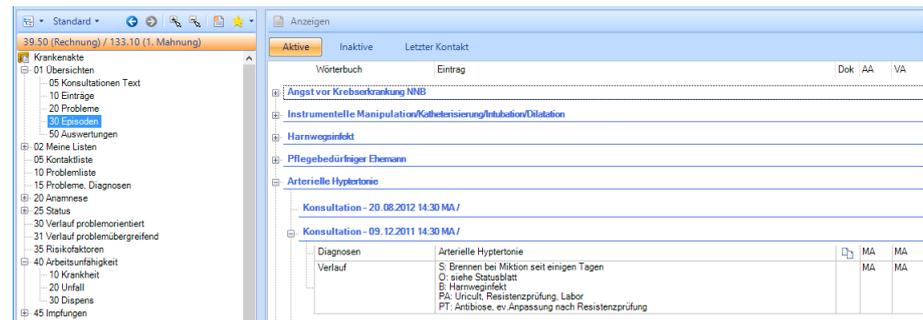


Diagnose umbenennen

Sie können z.B. auf dem Bildschirm 15 Ihre vorläufige Diagnose umbenennen (wenn z.B. neue diagnostische Erkenntnisse vorliegen). Markieren Sie dazu die gewünschte Diagnose und gehen Sie auf "Bearbeiten". Sie werden dabei gefragt, ob Sie einen Tippfehler korrigieren oder eine neue Diagnose innerhalb der Episode anlegen wollen:



Sie können dann auf dem Episodenbildschirm 01 30 den Verlauf einer Episode inkl. der Diagnose-Findung nachvollziehen:



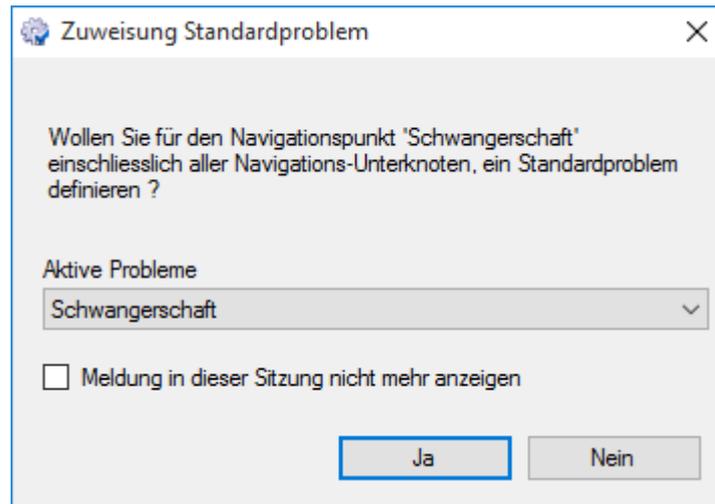
Sämtliche Einträge, die also zuvor auf die Diagnose "Herzinsuffizienz" erfolgten, sind im oben genannten. Beispiel nun unter der neuen Benennung "KHK 3-Gefäß mit Angina pectoris" zu finden.

Standardproblem

Einstellen

Auf bestimmten Navigationsknoten besteht die Möglichkeit, ein sog. "Standardproblem" einzustellen.

Aktuell (triaMED Version 3.3.4) sind dies die Navigationsknoten **78 40 (Schwangerschaft)**, **78 50 (Sterilitätstherapie)**: 77 70 20 (Vorsorgeuntersuchungen) und 77 70 30 (Schuluntersuchungen).



In der Mandantenkonfiguration kann eingestellt werden, ob diese Meldung überhaupt erscheinen soll.

Wenn das Standardproblem für einen Navigationsknoten gesetzt ist, werden alle Einträge, die dort sowie auf einem Navigations-Unterknoten eingegeben werden, mit diesem Standardproblem verknüpft.

Wenn Sie diese Meldung während der gleichen Sitzung nicht mehr sehen möchten, setzen Sie das entsprechende Häkchen.

Episodenfilter Kumulativ-

In den Kumulativansichten der KG sind sog. Episodenfilter integriert, d.h. Sie können sich, sofern Sie es wünschen, auf den Kumulativansichten nur diejenigen Einträge, die mit ausgewählten Episoden verknüpft sind, ansehen. (Zu Kumulativansichten vgl. auch Kap. 4.7.4.4. des KG-Handbuches).

Wählen Sie hierzu im Episodenfenster die gewünschte Diagnose oder „Alle“, um Einträge aller Diagnosen zu sehen:

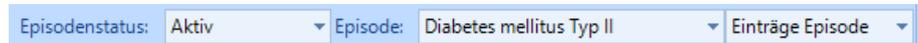
Episodenfilter auf der Kumulativansicht



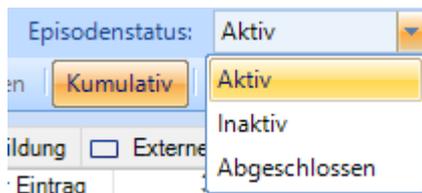
Auf den **Navigationspunkten Schwangerschaft** und Sterilitätstherapie werden in der Kumulativansicht standardmässig die Einträge zum gewählten „Standardproblem“ (also z.B. **aktuelle Schwangerschaft**) angezeigt.

Ansichtsmöglichkeiten

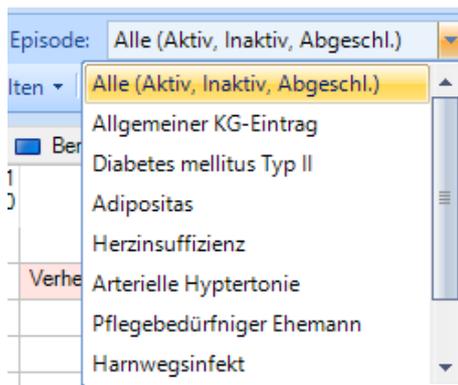
Episodenfilter Folgende **Möglichkeiten der Ansicht** bestehen:



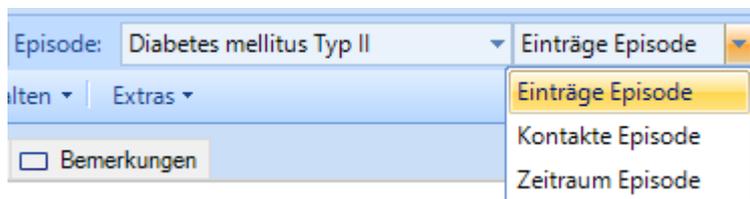
Episodenstatus: Einträge aktiver, inaktiver oder abgeschlossener Episoden:



Episode: hier kann die gewünschte Episode/Diagnose ausgewählt werden, deren Einträge angezeigt werden sollen:



Was soll innerhalb der gewählten Episode angezeigt werden:



- **Einträge Episode:** Einträge sehen, die zur gewählten Episode gemacht wurden
- **Kontakte Episode:** Sämtliche Kontakte mit Einträgen zur Episode sehen
- **Zeitraum Episode:** Alle Einträge sehen, die im Zeitraum der gewählten Episode gemacht wurden

1.4 Ansichten und Abläufe

Im Folgenden werden wir den linksseitigen Navigationsbaum der elektronischen KG systematisch durchgehen und die einzelnen Möglichkeiten dokumentieren.

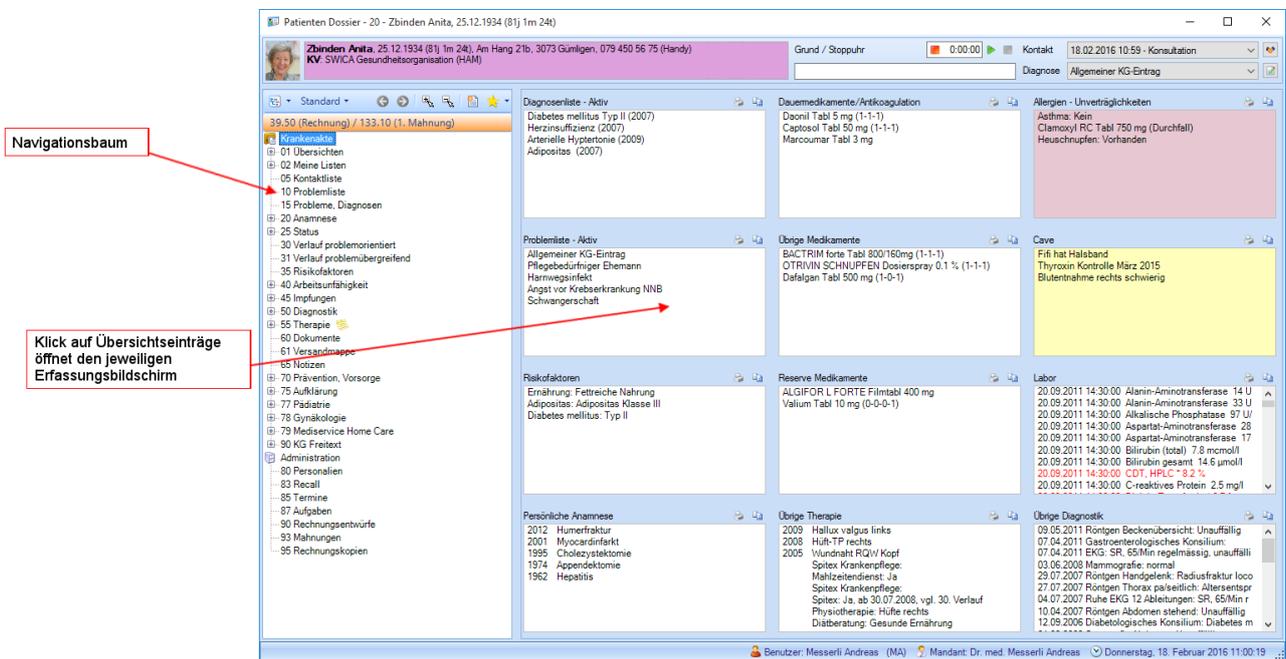
1.4.1 Übersichten

Krankenakte

In der Grundansicht zeigen sich links der Navigationsbereich und rechts die Übersichtsboxen, die einen Überblick auf die wichtigsten Probleme und die Gesamtsituation des Patienten zeigen.

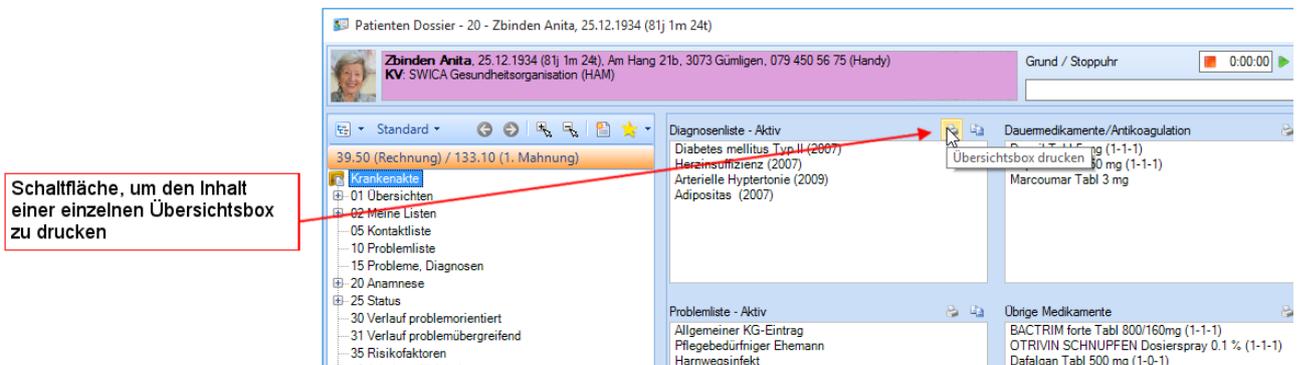
Übersichtsboxen

Auf die verschiedenen Detaileinträge wird jeweils über den Navigationsbaum links mit linkem Mausklick oder direkt über die betreffenden Fenster der Übersichtsboxen zugegriffen:

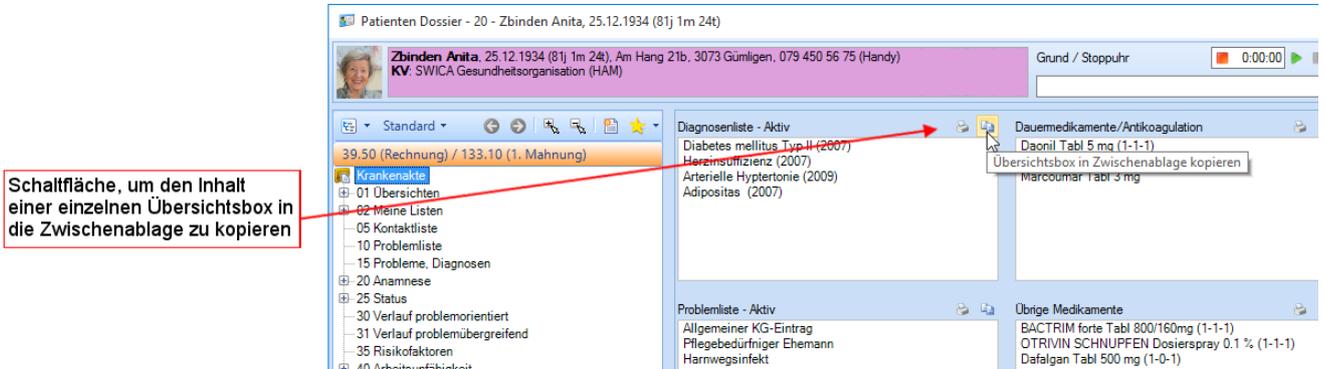


Übersichtsboxen drucken

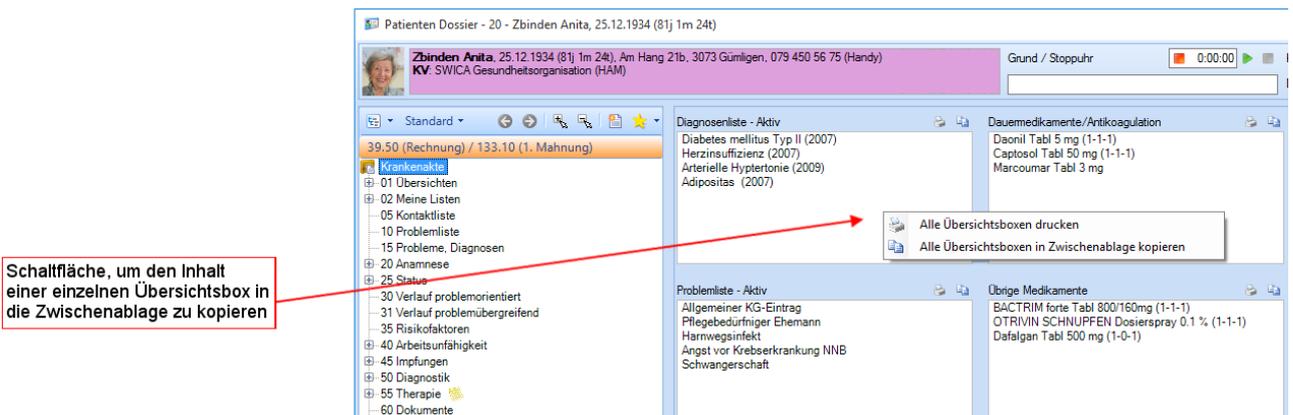
Es besteht die Möglichkeit, einzelne Übersichtsboxen oder alle Übersichtsboxen einer Übersicht zusammen zu drucken.



Übersichtsboxen in Zwischenablage kopieren Es besteht die Möglichkeit, einzelne Übersichtsboxen oder alle Übersichtsboxen in die Zwischenablage zu kopieren.



Sollen alle Übersichtsboxen gedruckt oder in die Zwischenablage kopiert werden, klickt man mit der rechten Maustaste in die Übersicht und wählt die gewünschte Funktion.



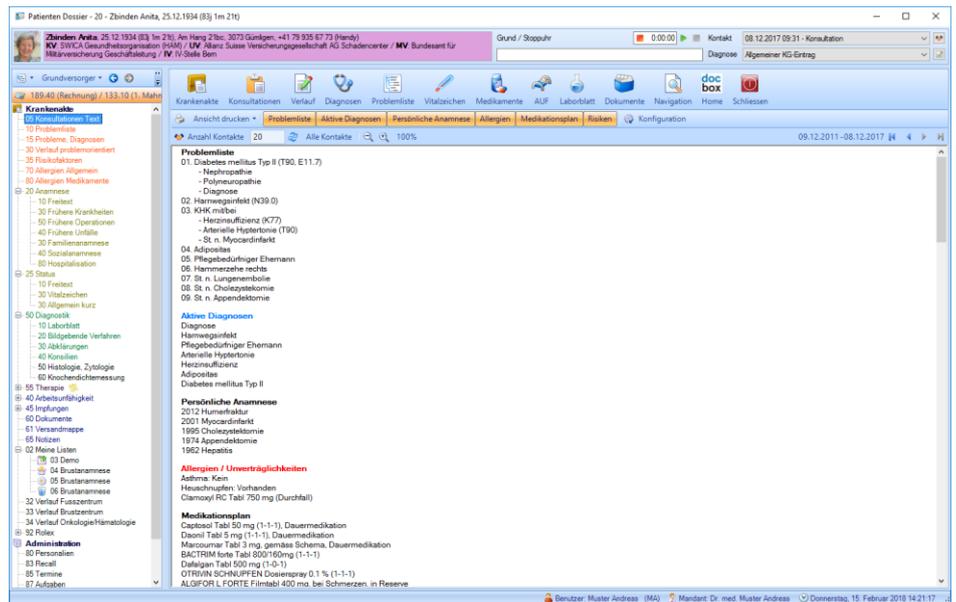
Übersichten –

05 Konsultationen Text

Auf dem Bildschirm Konsultation Text werden zuerst die kontaktübergreifenden Informationen angezeigt und anschliessend die KG-Einträge nach Kontakt sortiert. (read only):

Auswahlmöglichkeit und Reihenfolge der kontaktübergreifenden Anzeige ist wie folgt:

1. Problemliste
2. Aktive Diagnosen
3. Persönliche Anamnese
4. Allergien/Unverträglichkeiten
5. Medikationsplan
6. Risiken



Diese Ansicht soll dem Arzt während der Sprechstunde eine schnelle **Übersicht** über die wichtigsten Einträge der letzten Konsultationen in Textform verschaffen. Dazu wird konsultationsbezogen eine relevante **Auswahl** aus den KG-Einträgen angezeigt; es sind dies diejenigen Wörterbücher, die unten im Bild „Konfiguration“ zu sehen sind.

Pathologische Einträge werden rot dargestellt.

Das Default Problem „**Allgemeiner KG-Eintrag**“ kann parametergesteuert (in Konfiguration) wahlweise angezeigt oder ausgeblendet werden. Bemerkungen werden mit dem Eintrag angezeigt.

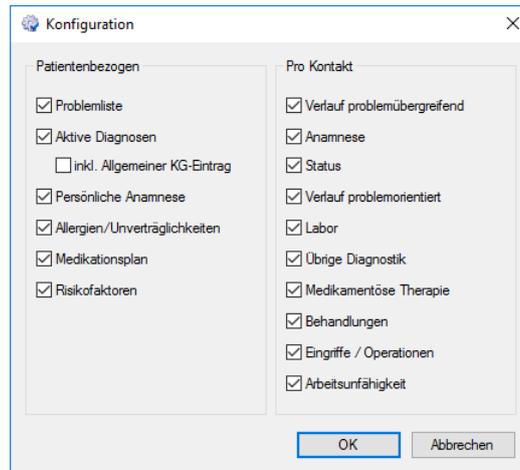
Kontaktzahl einstellen

Die Anzahl der letzten Kontakte, die zur Ansicht gewünscht wird, kann unter „Anzahl Kontakte“ eingegeben werden. Damit die Änderung wirksam wird, klicken Sie auf das Icon rechts neben der eingegebenen Zahl:

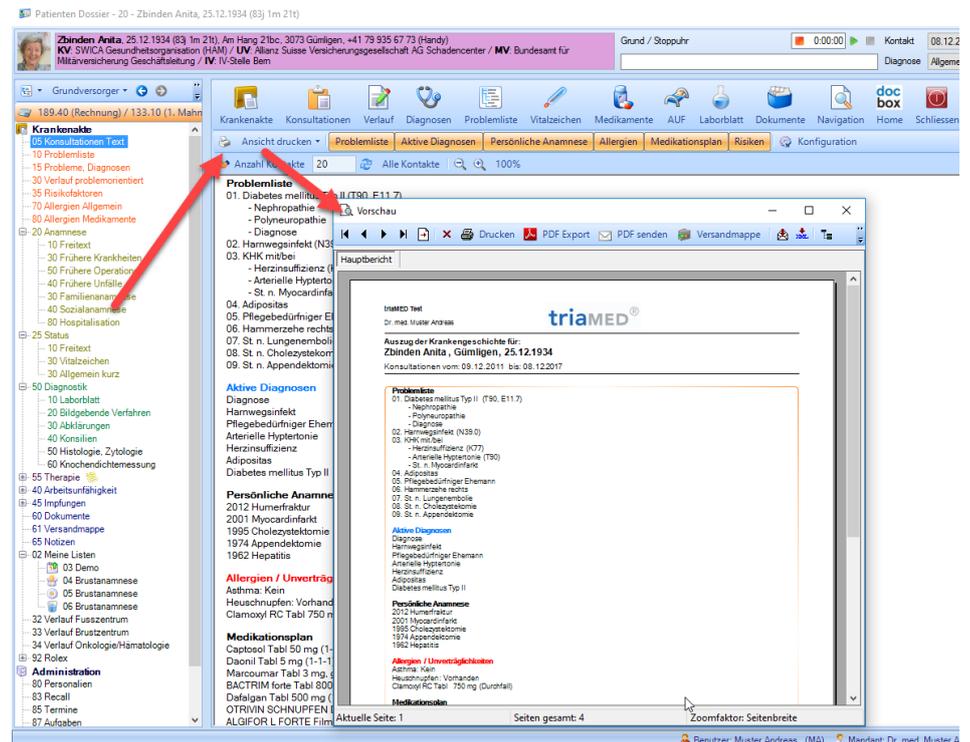
Einstellen der Anzahl Kontakte, deren Einträge auf der Übersicht erscheinen sollen



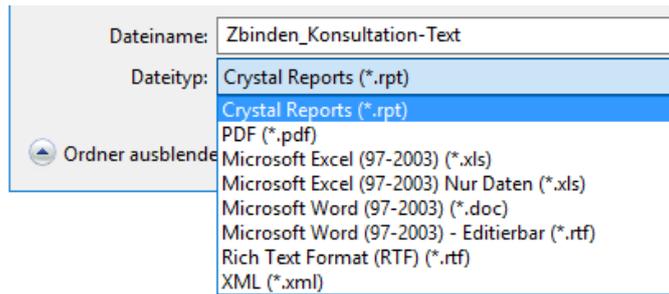
Konfiguration Textübersicht: „Unter Konfiguration“ lassen sich diejenigen Wörterbücher auswählen, die standardmässig in der Text-Übersicht angezeigt werden sollen:



Textübersicht drucken oder exportieren Entsprechend den in der Konfiguration gewählten Einstellungen kann ein Ausdruck gemacht werden bzw. alle Möglichkeiten des Tools genutzt werden, wie z.B. Export als PDF, als Datei, an Versandmappe senden etc.“:



Gewünschtes Exportverzeichnis und Datenformat auswählen:



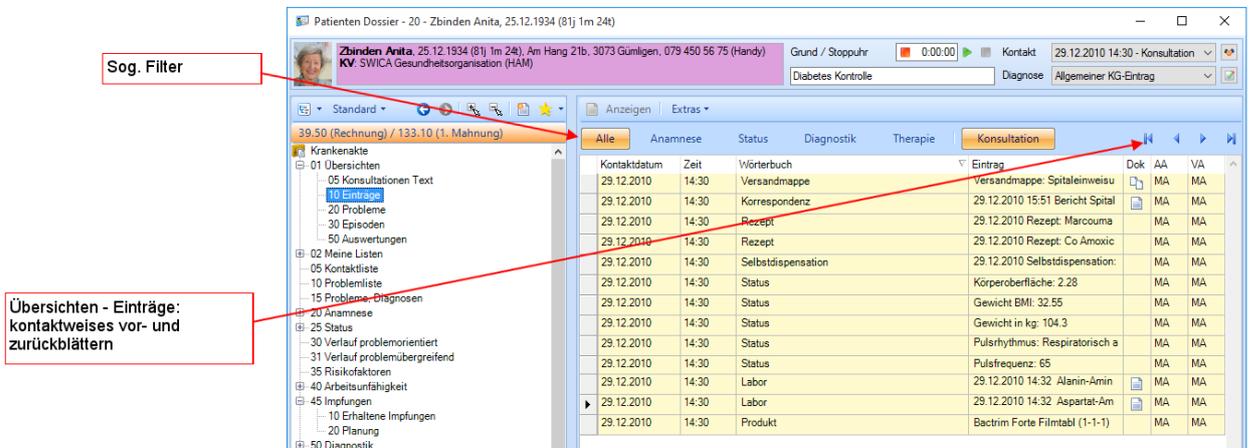
Das so erstellte Dokument kann z.B. per e-mail verschickt oder auf einen Datenträger gebracht werden.

Übersichten – 10 Einträge

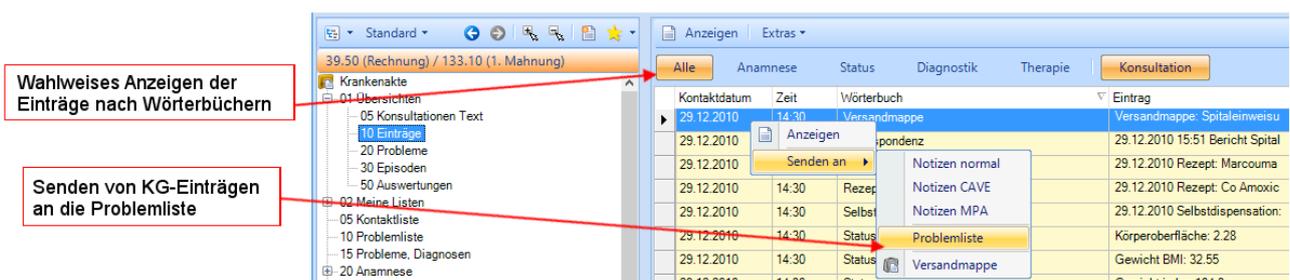
Hier werden alle vorgenommenen KG-Einträge sämtlicher Wörterbücher angezeigt.

Anamnese, Status, Diagnostik, Therapie, Dokumente (alle Detailinträge mit einem oder mehreren Dokumenten): Es werden nur KG-Einträge der ausgewählten Filter angezeigt.

Konsultation: Die KG-Einträge werden Kontakt-Weise angezeigt, man kann mit den Pfeiltasten Kontakt-Weise vorwärts und rückwärts blättern.

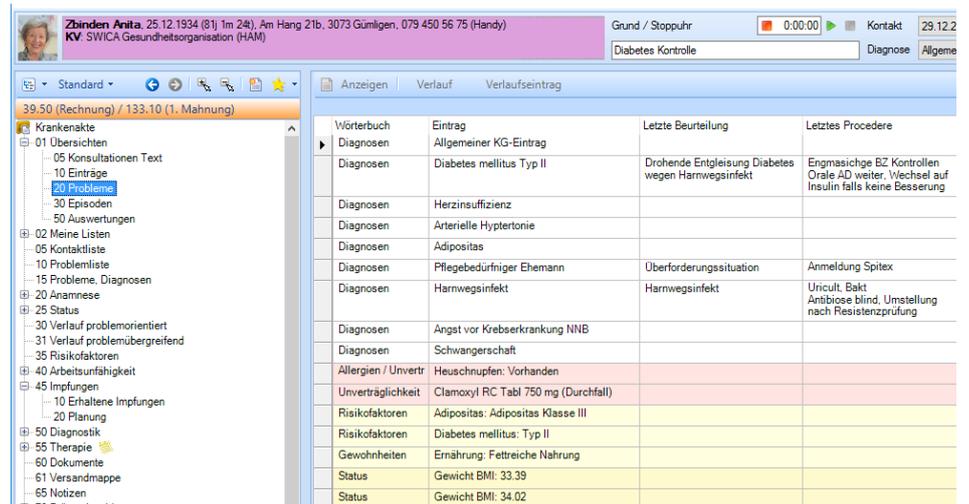


Mit rechtem Mausklick und „Senden an Problemliste“ können KG-Detail Einträge in diesen Bereich kopiert werden. Diese können dann mit Drag & Drop auf der Problemliste (Baumansicht) platziert werden (vgl. [Problemliste](#)).



Übersichten – 20 Probleme Auf diesem Bildschirm werden folgende Daten angezeigt:

- Zuoberst alle aktiven Probleme und Diagnosen
- Alle Allergien mit Status Pathologisch (rot)
- Alle Risikofaktoren mit Status Pathologisch (gelb)
- Der letzte KG-Eintrag zur Beurteilung zu jeder Diagnose (mit Datum)
- Der letzte KG-Eintrag zum Procedere zu jeder Diagnose (mit Datum)



Dokumente zuordnen

Es besteht hier die Möglichkeit, den jeweiligen Problemen oder Diagnosen Dokumente und Bilddaten (z.B. Röntgenbilder, Fotos etc.) zuordnen zu können, was einen schnellen Zugang auf gewünschte Daten ermöglicht (vgl. Problemübersicht).

Dokumente können auch via Drag & Drop importiert werden.

Problemübersicht

Bei den Problemen/Diagnosen werden immer der aktuellste Verlaufseintrag mit Beurteilung und Procedere angezeigt, in der Spalte daneben sieht man das Datum des Verlaufseintrages

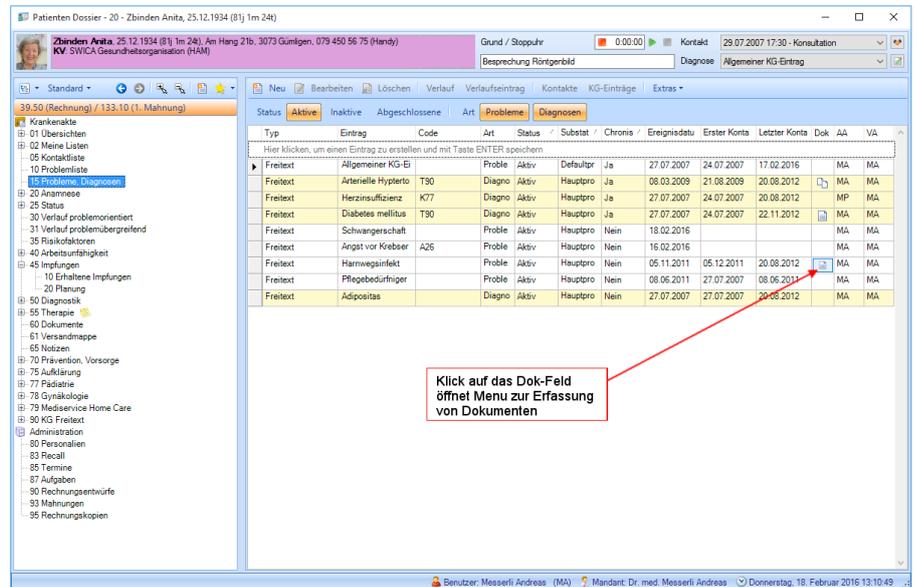
Verlaufseinträge zeigen

Mit Verlauf anzeigen werden alle Verlaufseinträge der markierten Zeile Problem/Diagnose angezeigt.

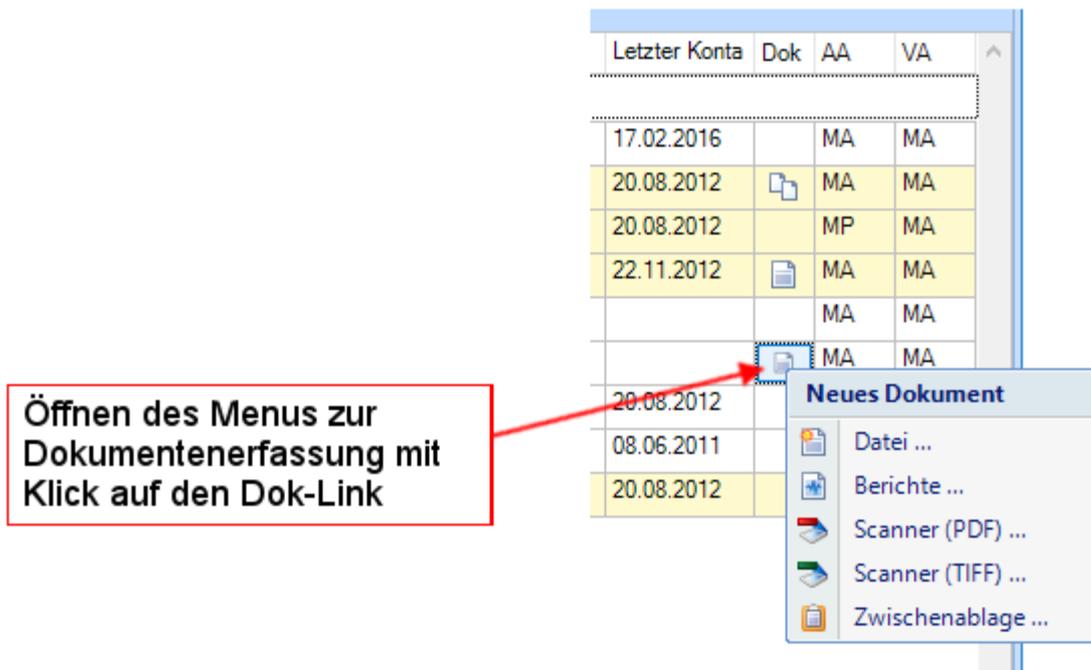
Verlaufseintrag erfassen

Mit Verlaufseintrag kann bei einem markierten Problem/Diagnose ein neuer Verlaufseintrag gemacht werden

Über den “Dok-Button” kann mit Klick das Menu zur Dokumentenerfassung geöffnet werden:



Es öffnet sich das Dokumentenerfassungsmenu:

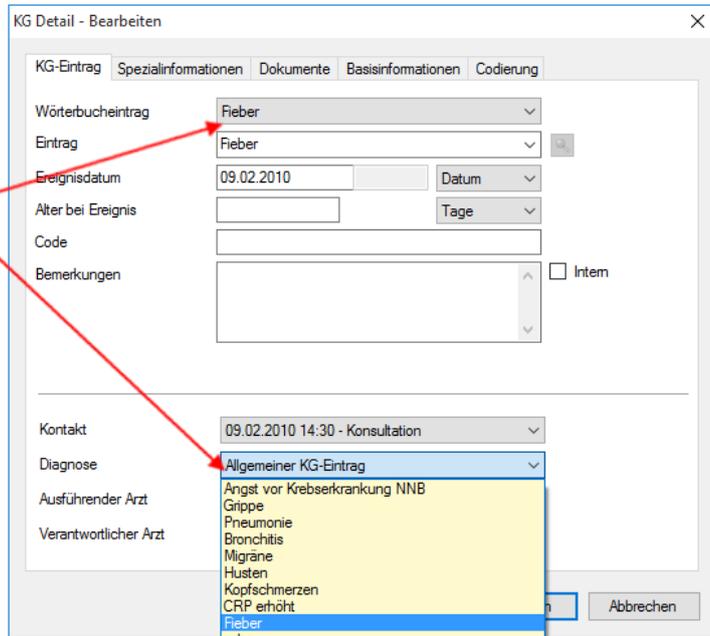


Es können sowohl Dateien (z.B. Fotos, Filme u.a.), Berichte jeglicher Art (z.B. im PDF-Format zugestellte Austrittsberichte) als auch selbst gescannte Dokumente zum jeweiligen Problem erfasst werden.

Problemübersicht bearbeiten

Hinterlegte Daten können auch, der Gesundheitssituation des Patienten entsprechend angepasst, nachträglich verändert werden. Ein z. B. als Problem erfasstes Leiden kann zu einer definierten Diagnose werden, was im Programm in kurzen Schritten angepasst werden kann:

Zuordnung des umbenannten Problems zu einer Diagnose



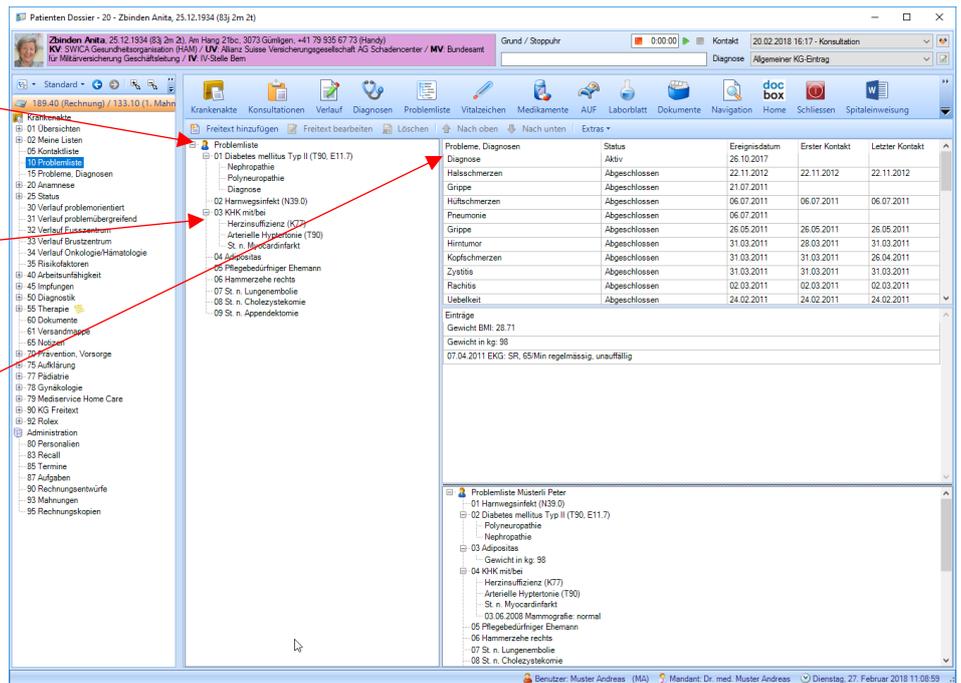
Problemliste:

Die Problemliste bietet die Möglichkeit, eine hierarchische, sehr übersichtliche baumartige Übersicht über sämtliche Probleme des Patienten darzustellen. Mittels Drag and Drop können die Diagnosen und Probleme von der rechtsseitigen Liste in die linksseitige Baumansicht übernommen und je nach Bedeutung gruppiert werden. Man erhält so einen sofortigen Überblick über die aktuelle Situation, was v.a. bei polymorbiden Patienten eine enorme Hilfe sein kann:

Problemliste in Baumansicht, frei gruppierbar

Mittels Drag and Drop werden die Probleme und Diagnosen im Baum einsortiert

Im rechten Fensterteil werden die Probleme/Diagnosen inkl. Deren Status, Ereignisdatum, Erstem und letztem Kontakt gezeigt.



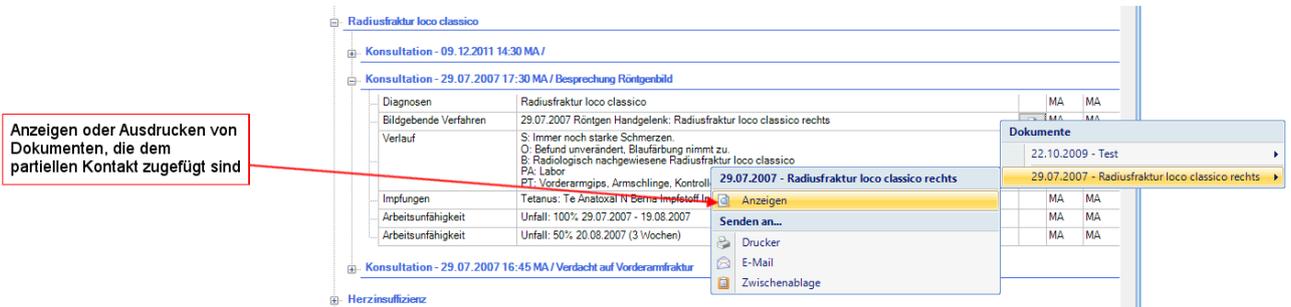
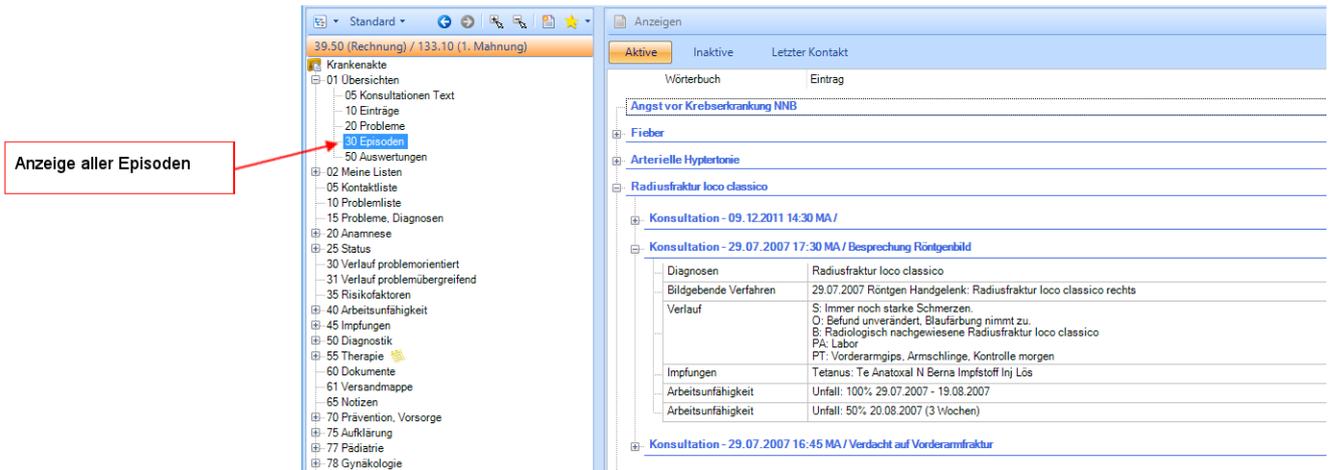
Problemliste kopieren

Die Problemliste (selektierten Knoten inkl. aller Unterknoten) können Sie mit rechter Maustaste in die Zwischenablage kopieren und irgendwo einfügen.

Die Problemliste kann auch für andere Mandanten freigegeben werden. Dies kann in der Konfiguration unter Mandanten → KG → Allgemein eingestellt werden.

Übersichten - 30 Episoden

Auf diesem Bildschirm werden alle Episoden angezeigt, pro Episode alle partiellen Kontakte (Kontakte an denen für das Problem Einträge zur Diagnose zugeordnet wurden) und pro partiellem Kontakt alle zugeordneten KG-Einträge:



Allfällige zum partiellen Kontakt vorhandene Dokumente können durch Mausklick direkt angezeigt oder ausgedruckt werden.

Alle medizinischen Daten (inklusive allen verordneten Leistungen wie Medikamente, Physiotherapie, Labor, Konsilien, Hospitalisationen), die zu einer Episode gehören, sind mit dem Problem verknüpft.

Übersichten- Auswertungen:

Sofern Sie das Modul „Auswertungen“ erworben haben, können Sie hier verschiedenste Analysen zu den im Patientendossier erfassten medizinischen Daten vornehmen. Vgl. dazu Kap. 4.15.

1.4.2 Bedeutung der Farben in 01 Übersichten

Rot

Allergien werden auf der Krankenakte Übersicht und auf Bildschirm 01 20 rot dargestellt.

Gelb

Sämtliche **Einträge** auf Bildschirm 01 10 sowie die **Risikofaktoren** auf Bildschirm 01 20 sind gelb dargestellt.

Kontaktdatum	Zeit	Wörterbuch	Eintrag
20.12.2010	14:30	Diagnosen	Kopfschmerzen
20.12.2010	14:30	Versandmappe	Versandmappe: Versandmappe 1
20.12.2010	14:30	Korrespondenz	20.12.2010 11:29 Bericht Konsilium, Konsili
20.12.2010	14:30	Rezept	20.12.2010 Rezept: Marcoumar Tabl 3 mg.
20.12.2010	14:30	Selbstdispensation	20.12.2010 Selbstdispensation: Sorbis 10 Fil
20.12.2010	14:30	Arbeitsunfähigkeit	Krankheit: 100% 20.12.2010 - 26.12.2010
20.12.2010	14:30	Anamnese	Durst: Normal
20.12.2010	14:30	Anamnese	Appetit: Vermindert
20.12.2010	14:30	Anamnese	Müdigkeit: Keine
20.12.2010	14:30	Status	Körperoberfläche: 2.28
20.12.2010	14:30	Status	Gewicht BMI: 32.55
20.12.2010	14:30	Status	Gewicht in kg: 104.3
20.12.2010	14:30	Status	Pulsfrequenz: 60
20.12.2010	14:30	Verlauf	S. Geht gut
20.12.2010	14:30	Produkt	Bactrim Forte Tabl (1-1-1)

Bildschirm 01 20 besteht aus den Einträgen von Bildschirm 15 plus zusätzlich Allergien (rot) und Risikofaktoren (gelb).

Wörterbuch	Eintrag	Letzte Beurteilung
Diagnosen	Allgemeiner KG-Eintrag	
Diagnosen	Diabetes mellitus Typ II	Drohende Entgleisung Diabetes wegen Harnwegsinfekt
Diagnosen	Arterielle Hypertonie	
Diagnosen	Radiusfraktur loco classico	Radiologisch nachgewiesene Radiusfraktur loco classico
Diagnosen	Fieber	Verdacht auf Cystitis
Diagnosen	Kopfschmerzen	
Diagnosen	Schwangerschaft	
Diagnosen	Angst vor Krebserkrankung NNB	
Allergien / Unverträglichkeit	Heuschupfen: Vorhanden	
Unverträglichkeit	Clamoxyl RC Tabl 750 mg (Durchfall)	
Risikofaktoren	Adipositas: Adipositas Klasse III	
Risikofaktoren	Diabetes mellitus: Typ II	
Gewohnheiten	Ernährung: Fettreiche Nahrung	
Status	Gewicht BMI: 33.39	

Auf **Bildschirm 15** werden **Diagnosen** gelb, Probleme weiss dargestellt:

Typ	Eintrag	Problem	Status	Substatus	Chronisch
Freitext	Allgemeiner KG-Eintrag	Problem	Aktiv		Ja
Freitext	Arterielle Hypertonie	Diagnose	Aktiv	Hauptproblem	Ja
Freitext	Diabetes mellitus Typ II	Diagnose	Aktiv	Hauptproblem	Ja
Freitext	Kopfschmerzen	Diagnose	Aktiv	Hauptproblem	Nein
Wörterbuch	Fieber	Problem	Aktiv	Hauptproblem	Nein
Freitext	Radiusfraktur loco classico	Problem	Aktiv	Hauptproblem	Nein

Auf **Bildschirm 45 Impfungen** werden die geplanten Impfungen (Status „Planung“) gelb dargestellt.

1.4.3 Probleme, Diagnosen

Probleme, Diagnosen:

Unter 15 Probleme, Diagnosen befindet sich eine Liste sämtlicher erfasster Probleme des Patienten. Es kann nach Diagnosen oder Problemen gefiltert werden. Wahlweise können inaktive, aktive, abgeschlossene oder alle Diagnosen/Probleme angezeigt werden:

15 Probleme, Diagnosen: Neuerfassen, Bearbeiten, Löschen

Anzeigen und Erstellen von problemorientierten Verlaufseinträgen

Typ	Eintrag	Art	Status	Substatus	Chronisch	AA	VA
Freitext	Allgemeiner KG-Eintrag	Problem	Aktiv	Defaultproblem	Ja	MA	MA
Freitext	Arterielle Hypertonie	Diagnose	Aktiv	Hauptproblem	Ja	MA	MA
Freitext	Diabetes mellitus Typ II	Diagnose	Aktiv	Hauptproblem	Ja	MA	MA
Freitext	Kopfschmerzen	Diagnose	Aktiv	Hauptproblem	Nein	MA	MA
Wörterbuch	Fieber	Problem	Aktiv	Hauptproblem	Nein	MA	MA
Freitext	Radiusfraktur loco classico	Problem	Aktiv	Hauptproblem	Nein	MA	MA
Freitext	Schwangerschaft	Problem	Inaktiv	Hauptproblem	Nein	MA	MA
Freitext	Pflegebedürftiger Ehemann	Problem	Inaktiv	Hauptproblem	Nein	MA	MA
Freitext	Adipositas	Diagnose	Inaktiv	Hauptproblem	Nein	MA	MA
Freitext	Hammerzehe rechts	Diagnose	Inaktiv	Nebenproblem	Nein	MA	MA

Der Bildschirm 15 wird in der täglichen Praxis wohl einer der meistverwendeten sein. Hier können Neue Diagnosen erfasst, bearbeitet oder gelöscht werden.

Ausserdem können hier die problemorientierten Verlaufseinträge erstellt und bearbeitet werden.

Unter „Kontakte“ kann die Liste der partiellen Kontakte, die zur markierten Diagnose gehören, eingesehen und bearbeitet werden:

Partielle Kontakte - Adipositas

Datum	Dauer	Kontaktart	Behandlungsort	Reason for Encounter	Code
20.08.2012 14:30	15	Konsultation	Praxis		
26.04.2011 14:30	15	Konsultation	Praxis		
31.03.2011 14:30	15	Konsultation	Praxis		
10.09.2008 15:45	15	Konsultation	Praxis		
27.07.2007 08:00	15	Konsultation	Praxis	Gewichtskontrolle	

Übernehmen Speichern Abbrechen

Unter „KG-Einträge“ können die zur Diagnose gehörenden Einträge inkl. Verlauf angesehen werden:

KG-Einträge zur markierten Diagnose anzeigen

Neu Bearbeiten Löschen Verlauf Verlaufeintrag Kontakte KG-Einträge Extras

Status Aktive Inaktive Abgeschlossene Art Probleme Diagnosen

Typ	Eintrag	Art	Status	Substatus	Chronisch	AA	VA
Freitext	Allgemeiner KG-Eintrag	Problem	Aktiv	Defaultproblem	Ja	MA	MA
Freitext	Arterielle Hypertonie	Diagnose	Aktiv	Hauptproblem	Ja	MA	MA
Freitext	Diabetes mellitus Typ II	Diagnose	Aktiv	Hauptproblem	Ja	MA	MA

Hier klicken, um einen Eintrag zu erstellen und mit Taste ENTER speichern

KG-Einträge

Wörterbuch Eintrag Dok AA VA

- Konsultation - 20.08.2012 14:30 MA /
- Konsultation - 26.04.2011 14:30 MA /
- Konsultation - 31.03.2011 14:30 MA /
- Konsultation - 10.09.2008 15:45 MA /
- Konsultation - 27.07.2007 08:00 MA / Gewichtskontrolle

Diagnosen	Adipositas	MA	MA
Status	Gewicht in kg: 107	MA	MA
Status	Gewicht BMI: 33.39	MA	MA
Bildgebende Verfahren	01.02.2002 Sonografie Abdomen: Unauffällig	MA	MA
Verlauf	S: Kommt rasch ins Schwitzen, man deshalb nur Haushalt, keine Spaziergänge da zu anstrengend. O: Übergewichtige Patientin B: Adipositas bei schlechter Einhaltung von Diät und Bewegungsmangel PA: Gewicht bei jeder Konsultation PT: Diätberatung, Anamnese, Anamnese	MA	MA

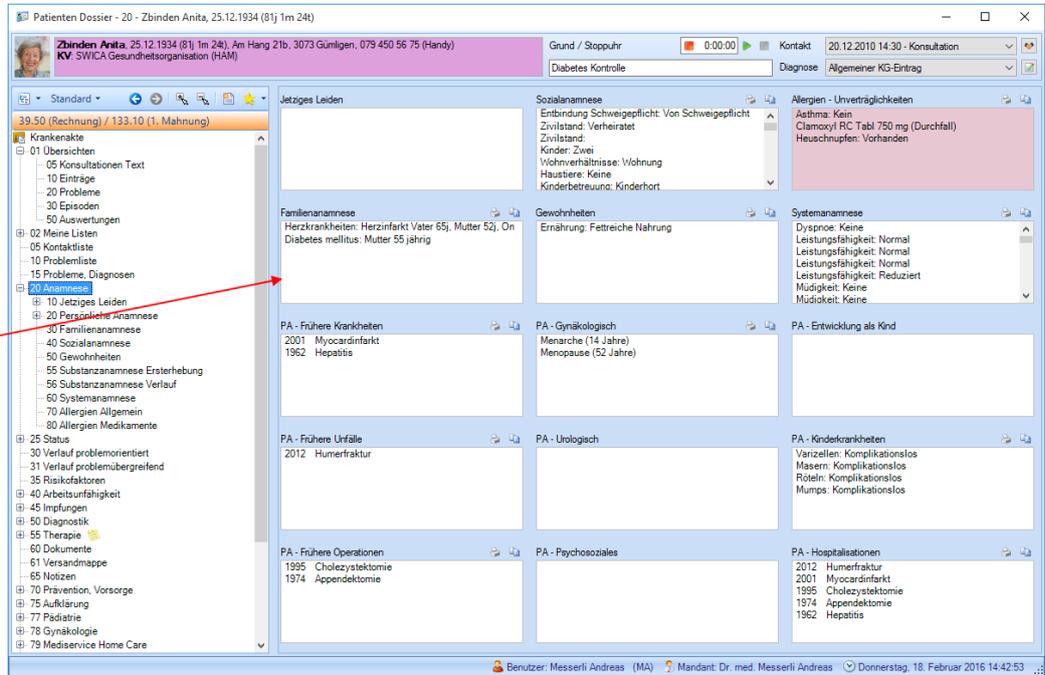
Schliessen

1.4.4 Anamnese

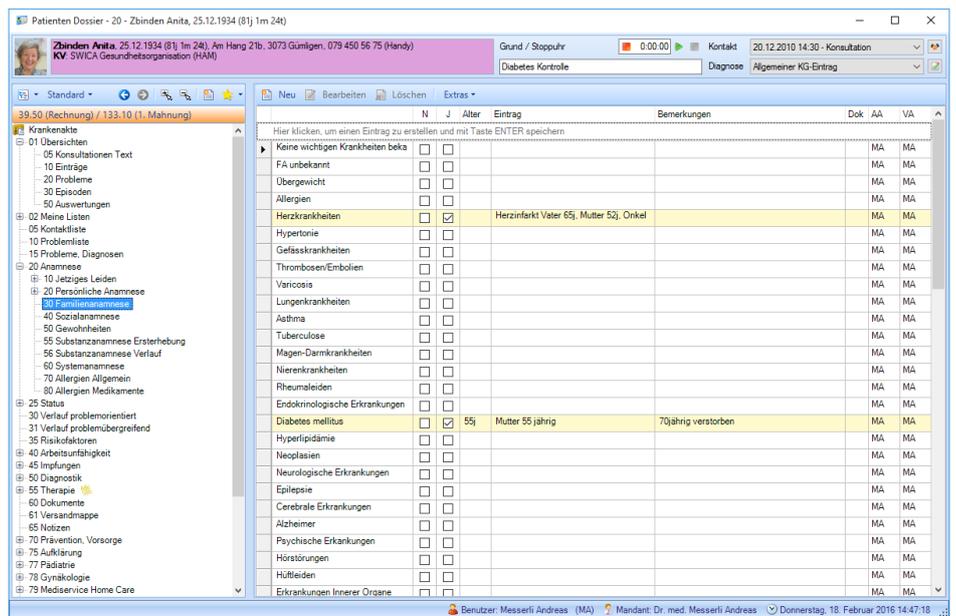
Anamnese Übersicht

Bei Anwahl der Anamnese im Navigationsbaum öffnet sich die entsprechende Übersicht mit Boxen:

Rechtsklick im Feld öffnet Listenansicht mit Details



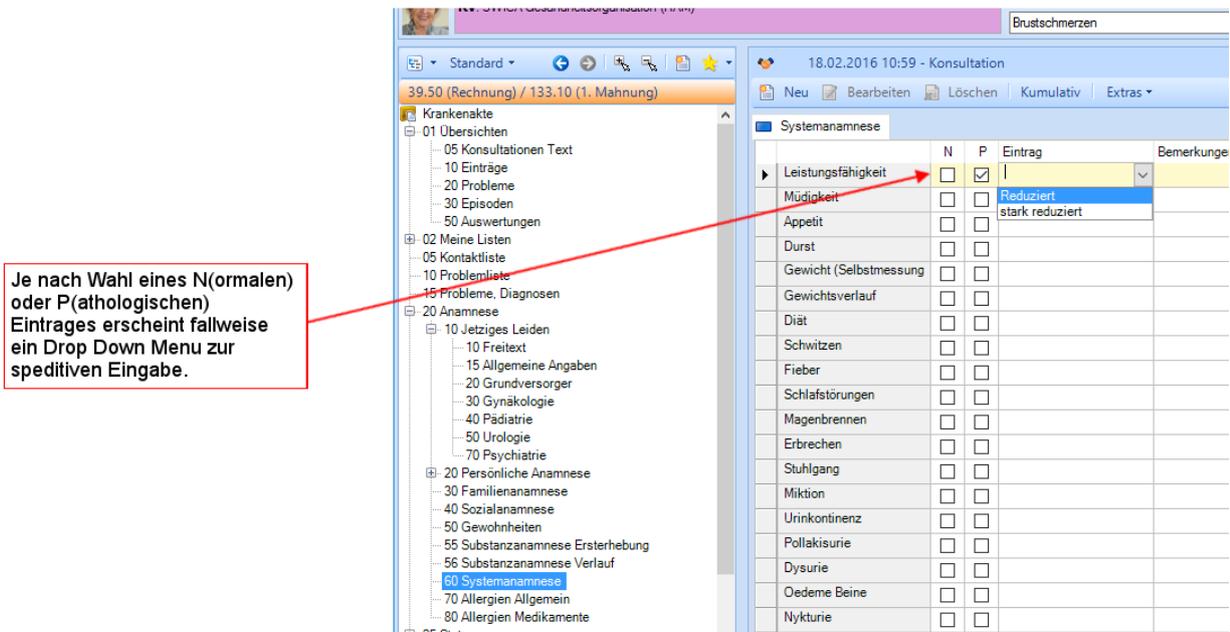
Auch hier öffnet sich mit Rechtsklick in der entsprechenden Box oder Linksklick auf den jeweiligen Titel die Listenansicht mit Details:



Anamnese Detailansicht

In der Detailansicht können Einträge modifiziert oder neu eingegeben werden. Dabei kann bereits angegeben werden, ob der Eintrag als normal oder pathologisch zu beurteilen ist. Bei Setzen des Häkchens bei N oder P wird bei vielen Wörterbucheinträgen ein Drop-Down-Menü zur Auswahl angeboten (Befundauswahl), was eine speditive Eingabe ermöglicht:

N(ormal), P(athologisch)



Umgekehrt kann auch auf die Auswahl direkt geklickt werden und das Häkchen unter N oder P wird dann automatisch gesetzt

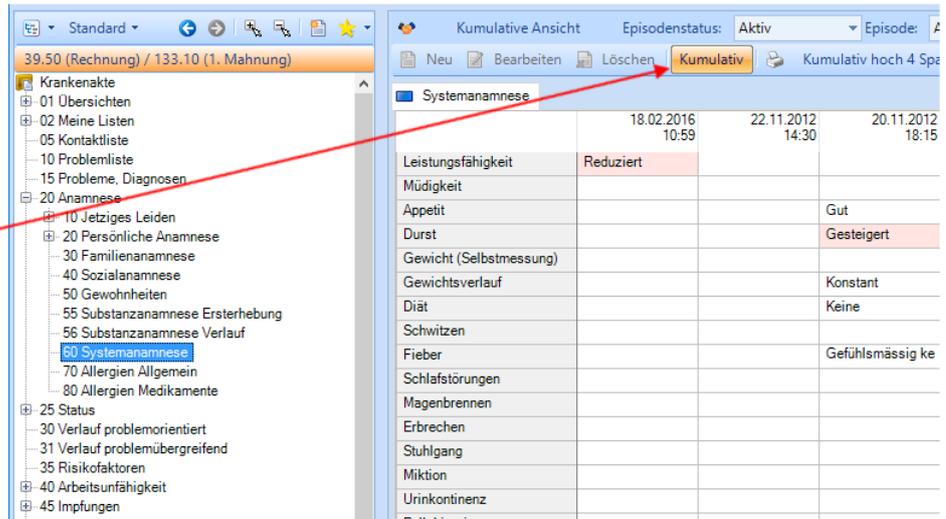
N und P gleichzeitig

Bei Einträgen, wo **keine explizite Zuordnung** möglich ist (z.B. u.a. bei gewissen Einträgen unter Sozialanamnese, Behandlungen) kann das Häkchen bei N oder P, N und P oder gar nicht gesetzt werden.

Die definierten Vorgaben können abgeändert oder auch unter Bemerkungen mit Freitexteinträgen ergänzt werden. Dies ermöglicht eine äusserst flexible und doch strukturierte Befunderfassung.

Kumulativ - Ansicht

Viele Bildschirme unter „Anamnese“ (mit Ausnahme der „Persönlichen Anamnese“ ermöglichen jeweils eine **Befundübersicht im Zeitverlauf** (sog. Kumulativansicht), was die Verlaufsbeurteilung eines Problems enorm erleichtert:



Kumulativ- Ansicht von Einträgen über den Zeitverlauf hinweg

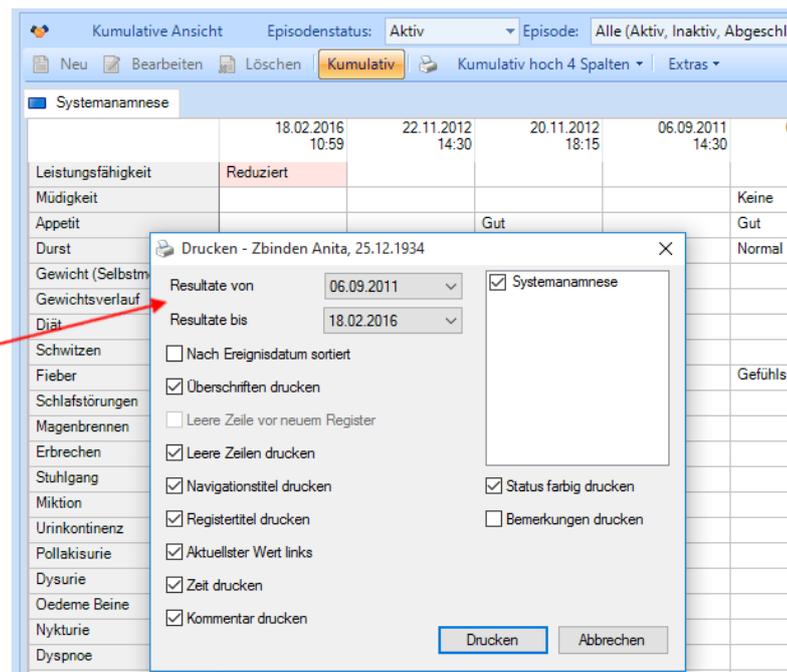
In der Kumulativ-Ansicht sind die pathologischen Einträge rot eingefärbt, so dass eine Befundänderung zum Schlechten hin im zeitlichen Verlauf sofort auffällt.

Kumulativ drucken:

Es besteht die Möglichkeit, Kumulativansichten auszudrucken: Der Ausdruck kann auf A4 quer oder A4 hoch erfolgen:



Wahl, ob Kumulativansicht auf dem Papier hoch oder quer dargestellt werden soll. Spaltenanzahl wählbar.

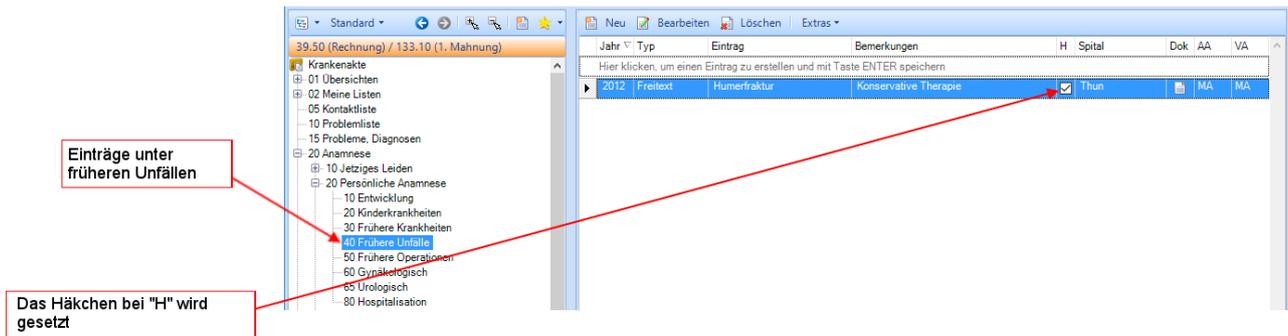


Ausdrucken der Kumulativansicht, mit div. Optionen

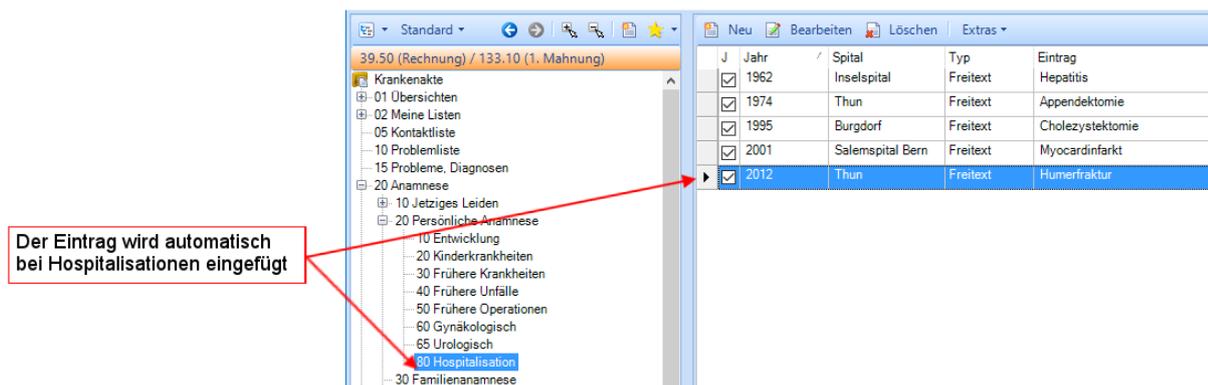
Der Zeitraum der darzustellenden Resultate kann nach Datum definiert werden. Weitere Optionen gemäss obigem Bild sind wählbar. Der Ausdruck erfolgt registerweise, d.h. das jeweils aktivierte Register wird gedruckt.

Persönliche Anamnese

Unter Persönlicher Anamnese können, nebst Daten zur kindlichen Entwicklung und zu Kinderkrankheiten, frühere Krankheiten, Unfälle, Operationen, Hospitalisationen erfasst werden. Sofern bei H (für Hospitalisation) ein Häkchen gesetzt ist, wird der Eintrag in der Liste der Hospitalisationen gezeigt:



Automatischer Eintrag unter Hospitalisationen:



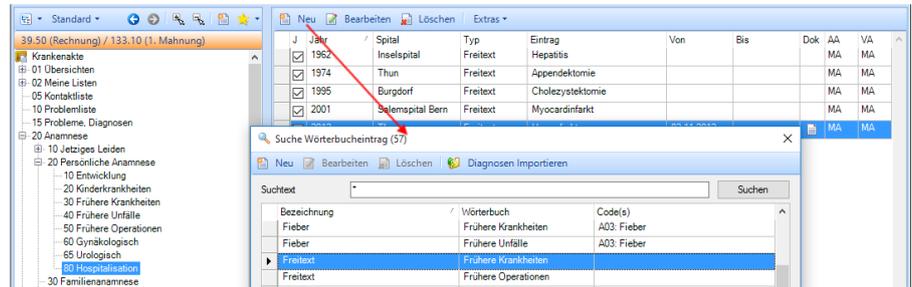
Hospitalisationen

Es empfiehlt sich, wie oben beschrieben, die **Spitalaufenthalte unter den früheren Krankheiten/Unfällen oder Operationen zu erfassen und auf der Erfassungszeile die Checkbox H zu markieren**. Auf diese Weise wird die Hospitalisationsliste automatisch nachgeführt.

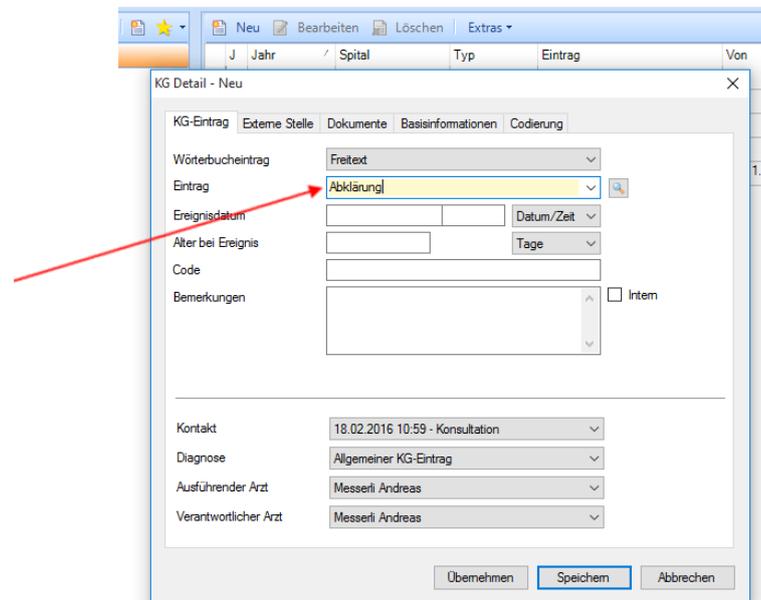
Direkte Eingaben unter Hospitalisationen können ebenfalls erfasst werden. Es können Einträge vom Typ Wörterbuch oder vom Typ Freitext erfasst werden. Allerdings gestalten sich die Freitext-Einträge etwas gewöhnungsbedürftig:

Freitext Einträge
Hospitalisationen

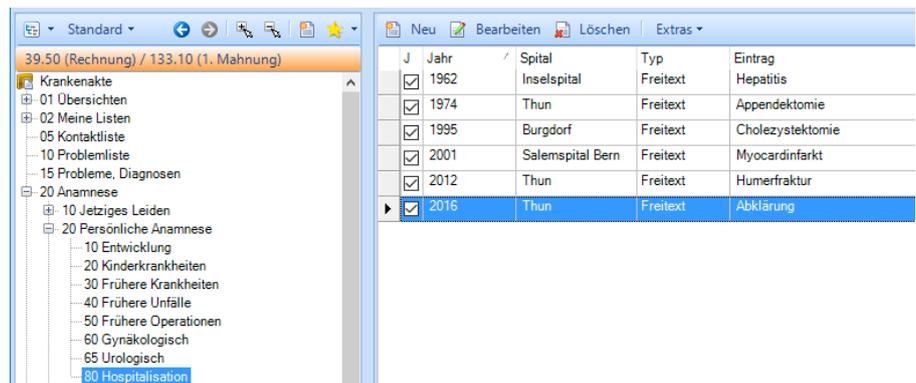
Wenn der Typ Freitext gewählt ist, dann im Feld „Eintrag“ die Tab Taste drücken und zutreffenden Freitext-Eintrag auswählen (hier wählen wir den Eintrag unter „Frühere Krankheiten“):



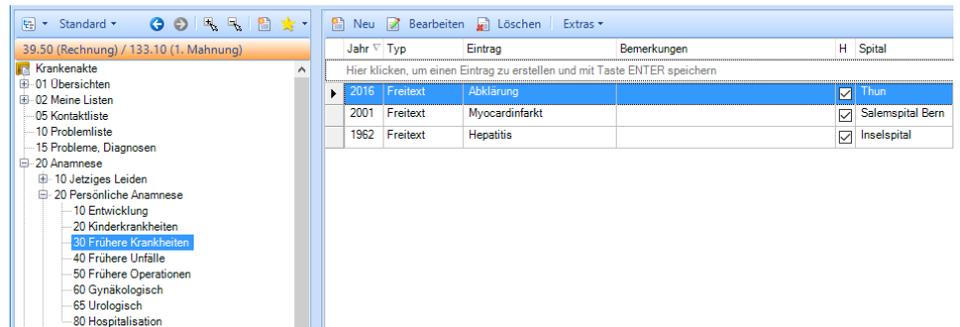
Mit Ok bestätigen.
Jetzt kann unter Eintrag ein beliebiger Freitext eingegeben werden:



Der Eintrag ist nun, nach Drücken der „Enter“-Taste abgespeichert:
Diese Auswahl ist nötig, weil unter Hospitalisationen mehrere Freitext-Wörterbücher hinterlegt sind.

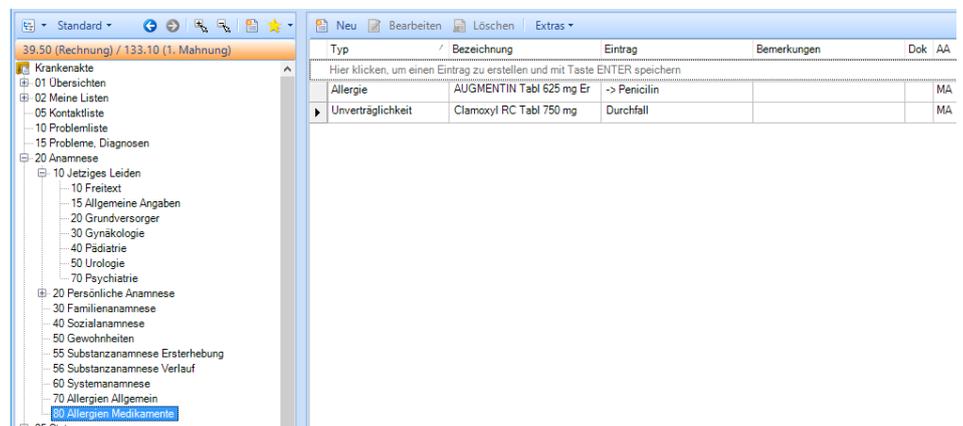


Derselbe Eintrag ist damit auch unter „Frühere Krankheiten“ abgespeichert:



Allergien

Allergien können unter Allergien allgemein als auch unter Allergien Medikamente mittels strukturierter Erfassung des Allergens aus dem Medikamentenstamm eingegeben werden:



Dazu können jeweils ein eigener Eintrag sowie auch Freitext-Bemerkungen hinterlegt werden. Auch können hier pro Eintrag Fremddokumente angehängt werden (vgl. Dokumente zuordnen).

Eingetragene Allergien erscheinen auf der KG-Übersicht in roter Farbe (vgl. Übersichtsboxen, rechts oben).

1.4.5 Status

Status Übersicht

Bei Anwahl des Status im Navigationsbaum erscheint die Übersicht mit Boxen, die einerseits die einzelnen bisherigen Statuseinträge andererseits die bisherigen Vitalzeichen auflisten. Auch hier können mit rechtem Mausklick in die Box direkt die entsprechenden Detailinträge dargestellt und modifiziert werden:

Patienten Dossier - 20 - Zbinden Anita, 25.12.1934 (81j 1m 24t)

Zbinden Anita, 25.12.1934 (81j 1m 24t), Am Hang 21b, 3073 Gümligen, 079 450 56 75 (Handy)
KV SWICA Gesundheitsorganisation (HAM)

Grund / Stoppuhr: 0:00:00 Kontakt: 18.02.2016 10:59 - Konsultation
Diagnose: Brustschmerzen Allgemeiner KG-Eintrag

39.50 (Rechnung) / 133.10 (1. Mahnung)

25 Status

- 10 Allgemeinstatus
- 20 Lokalstatus
- 30 Vitalzeichen
- 31 Verlauf problemorientiert
- 31 Verlauf problemübergreifend
- 35 Risikofaktoren
- 40 Arbeitsunfähigkeit
- 45 Impfungen
- 50 Diagnostik
- 55 Therapie
- 60 Dokumente
- 61 Versandmappe
- 65 Notizen
- 70 Prävention, Vorsorge
- 75 Aufklärung
- 77 Pädiatrie
- 78 Gynäkologie
- 79 Mediservice Home Care
- 90 KG Freitext
- Administration

Status ausführlich

- 26.01.2011 Gewicht BMI: 34.33
- 01.10.2008 Gewicht BMI: 31.68
- 28.01.2011 Rectocele: Klein
- 26.01.2011 Körperoberfläche: 2.34
- 13.01.2011 Grosse Labien: Ohne Befund
- 13.01.2011 Schambehaarung: Virilisierung
- 13.01.2011 Gewichtszunahme in kg: 5
- 09.02.2011 Körperoberfläche: 2.25
- 09.02.2011 Gewicht BMI: 31.83
- 24.09.2008 Gewicht BMI: 33.55
- 01.10.2008 Körperoberfläche: 2.25
- 28.01.2011 Zystocele:
- 28.01.2011 Fortio sonographisch: alsdf
- 28.01.2011 Kind Bewegungen: sehr spärlich
- 13.01.2011 Kleine Labien: Ohne Befund
- 05.01.2011 Gewicht BMI: 31.99
- 09.10.2008 Gewicht BMI: 30.59
- 05.01.2011 Körperoberfläche: 2.26
- 29.12.2010 Gewicht BMI: 32.55
- 20.12.2010 Körperoberfläche: 2.28
- 20.12.2010 Gewicht BMI: 32.55

Status kurz

- 22.11.2012 Gewicht BMI: 29.65
- 22.11.2012 Gewicht in kg: 95
- 20.11.2012 Gewicht BMI: 28.71
- 20.11.2012 Gewicht in kg: 92
- 20.08.2012 Ausseres Genitale : Unauffällig
- 20.08.2012 Ohren:
- 20.08.2012 Blutdruck sitzend Oberarm links: 120/80
- 20.08.2012 Gewicht in kg: 99
- 09.12.2011 Gewicht BMI: 32.93
- 09.12.2011 Gewicht in kg: 105.5
- 10.09.2011 Ausseres Genitale : Unauffällig
- 10.09.2011 Gewicht BMI: 32.4
- 10.09.2011 Gewicht in kg: 103.9
- 06.09.2011 Gewicht BMI: 32.65
- 06.09.2011 Gewicht in kg: 104.6
- 22.08.2011 Ernährungszustand: Adipos
- 22.08.2011 Gewicht BMI: 32.52
- 22.08.2011 Gewicht in kg: 104.2
- 21.07.2011 Gewicht BMI: 31.93
- 21.07.2011 Gewicht in kg: 102.3

Vitalzeichen

Status Freitext

- 26.04.2011 : Normaler Befund..
- 16.02.2011 : Puls 65/Min, Blutdruck 140/95 mmHg
- 13.01.2011 : Nicht Befund..
- 25.01.2010 : Fieber 38°, Puls 60 / Min, Blutdruck 120/80 mmHg
- 04.12.2009 : Husten, Fieber seit 3 Tagen
- 26.05.2008 : 75jährige Patientin

Benutzer: Messerli Andreas (MA) Mandant: Dr. med. Messerli Andreas Donnerstag, 18. Februar 2016 16:03:11

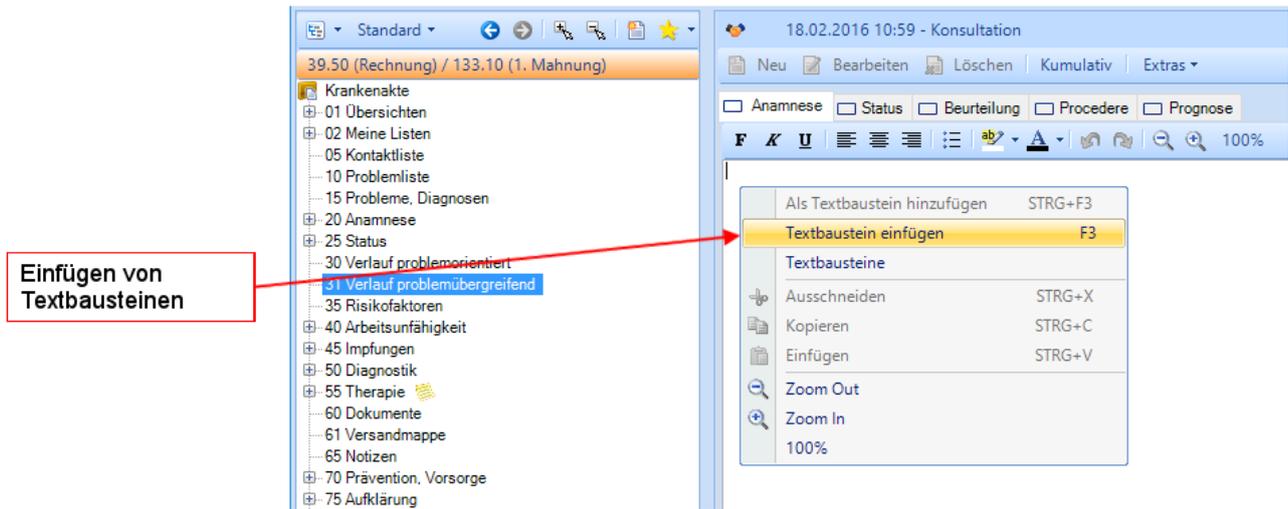
1.4.6 Allgemeinstatus

Allgemeinstatus

Der Allgemeinstatus kann als Freitext, in ausführlicher strukturierter Form oder als kurzer strukturierter Status erfasst werden.

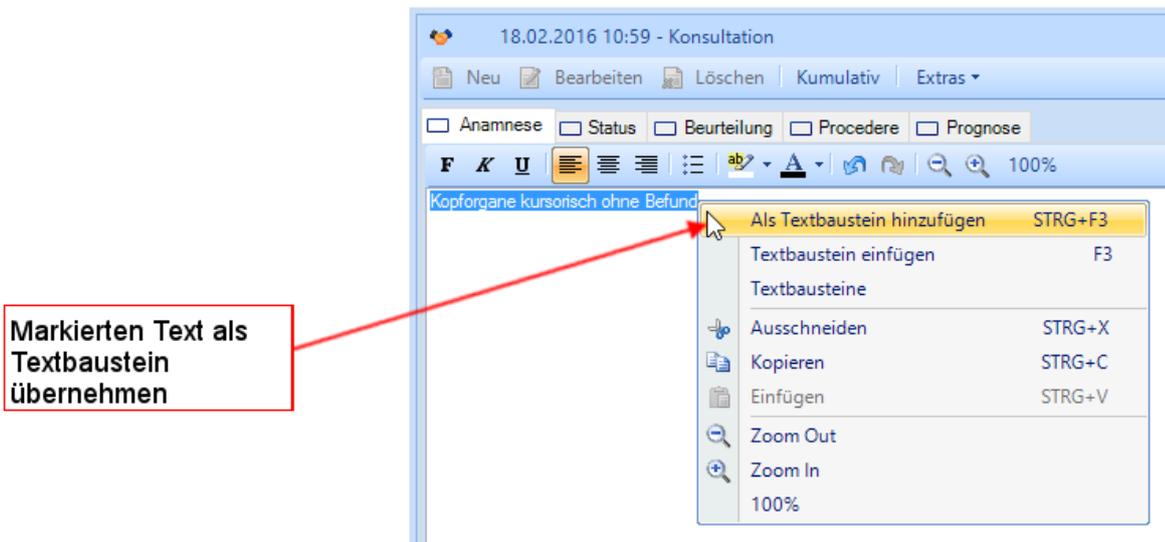
Allgemeinstatus Freitext

Die Statuseingabe erfolgt vollständig als Freitext mit der Möglichkeit, den Text nach eigenen Vorstellungen zu formatieren.

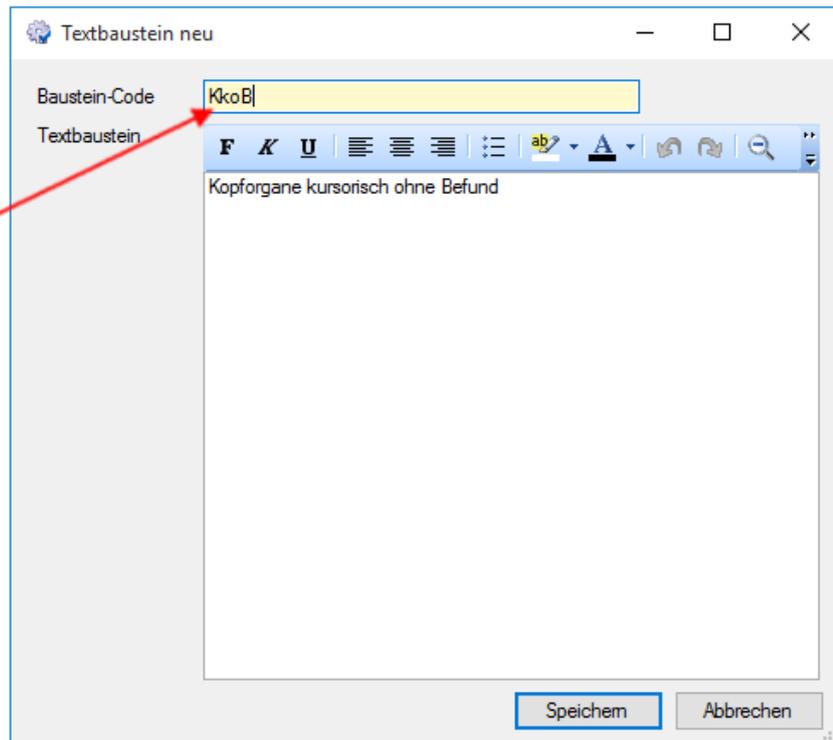


Textbausteine

Es können Textbausteine definiert werden, um die Freitexteingabe speditiv zu ermöglichen:



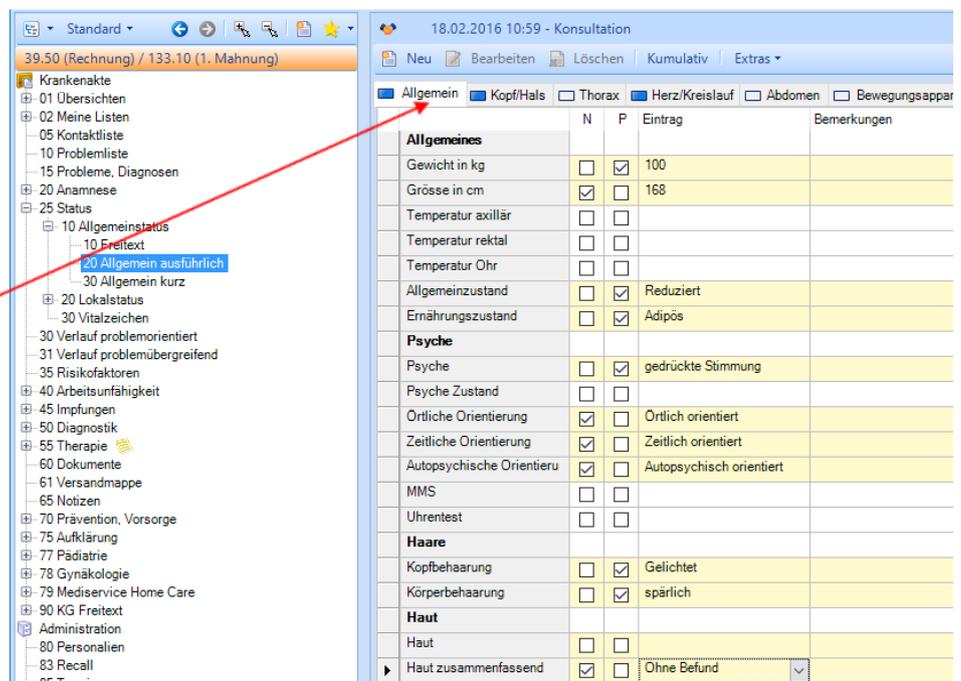
Code vergeben - und fertig ist der neue Textbaustein



Allgemeinstatus ausführlich

Über den Navigationsbaum 25-10 besteht die Möglichkeit, einen detaillierten, ausführlichen Allgemeinstatus zu erheben:

Ausführlicher Allgemeinstatus geordnet nach Organsystemen



Auch hier kann mittels vordefinierten Drop Down-Feldern eine sehr speditive Eingabe erfolgen. Zusätzlich können Bemerkungen zu jedem Befund in Freitext erfasst werden. Dies ermöglicht eine äusserst flexible und doch präzise strukturierte Dokumentation. Durch Doppelklick auf die Zeilenbeschriftung erscheint ein Fenster mit allen Werten dieser Zeile.

Doppelklick auf Zeileintrag öffnet Fenster mit sämtlichen Werten

Kontakt	Eintrag	Bemerkungen	AA
24.07.2007 08:00	103		MA
27.07.2007 08:00	107		MA
25.04.2008 07:33	109		MA
07.05.2008 15:30	112		MA
26.05.2008 15:30	121		MA
04.06.2008 15:45	102		MA
08.07.2008 15:45	102		MA
08.09.2008 15:45	103		MA
10.09.2008 15:45	104		MA
01.10.2008 15:45	101,5		MA
09.10.2008 15:45	98		MA
12.11.2008 15:45	94,8		MA
11.12.2008 15:45	91		MA
20.01.2009 15:45	90		MA
23.01.2009 16:00	95		MA
22.10.2009 14:30	107,5		MA

Allgemeinstatus kurz

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, einen „halbstrukturierten“ Allgemeinstatus zu dokumentieren. Dieser besteht im Wesentlichen aus Freitexteinträgen der einzelnen, vorgegebenen Organsysteme, die als Wörterbucheinträge hinterlegt sind. So kann trotz Freitextfassung eine spätere strukturierte Datenmigration nach Organsystemen geordnet erfolgen.

Bereits im ausführlichen Status erfasste Befunde sind hier schon eingetragen (blaue Markierung).

	N	P	Eintrag	Bemerkungen
Größe in cm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	168	
Gewicht in kg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100	
Gewicht BMI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	35,43	
Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Reduziert	
Temperatur Ohr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck liegend Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck liegend Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck sitzend Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck sitzend Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pulsfrequenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Adipos	
Psyche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	gedrückte Stimmung	
Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Luftwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Besonderheiten Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Referenzorientierte

Dokumentation

Befundeinträge, die bereits in einer anderen Maske erfolgt sind, werden hier, sofern auf der Maske vorhanden, automatisch ebenfalls eingefügt (und umgekehrt). Dies ist an der blauen Markierung der jeweiligen Reiter sichtbar.

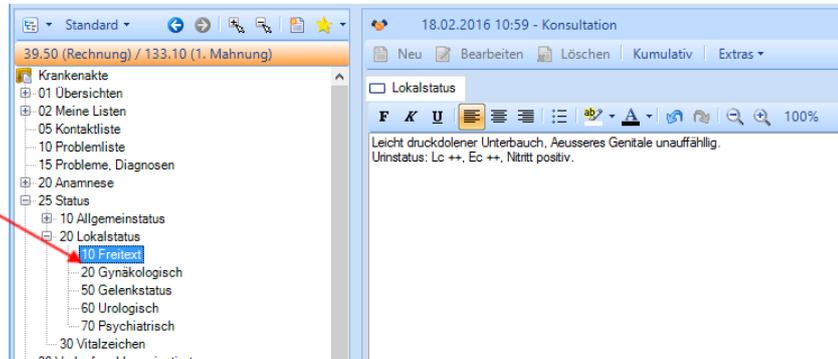
Dies wird ermöglicht durch die Referenzierung auf vordefinierte Wörterbücher, was eine äusserst flexible Darstellung der Daten ermöglicht.

1.4.7 Lokalstatus

Lokalstatus

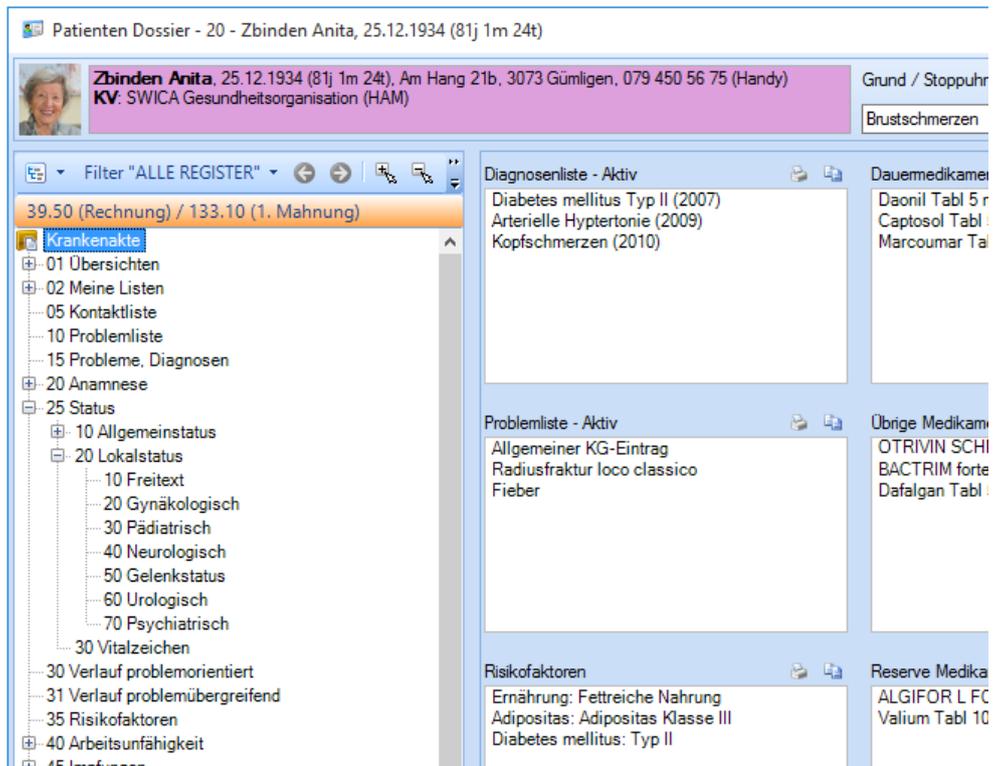
Der lokale Status kann als Freitext, oder -je nach Fachgebiet- in ausführlicher strukturierter Form erfasst werden.

Wahlweise Erfassung des Lokalstatus als Freitext oder in strukturierter Form (je nach Fachgebiet)



Zurzeit stehen **strukturierte Statusblätter** für folgende **Fachgebiete** zur Verfügung:

Gynäkologie, Pädiatrie, Neurologie, Rheumatologie/Orthopädie, Urologie., Psychiatrie.



1.4.8 Vitalzeichen

Vitalzeichen

Die Vitalzeichen als **Messwerte der körperlichen Grundfunktionen** können über die Übersichtsbox im Status oder auch über den Navigationsbaum geöffnet werden, worauf die Erfassungsmaske erscheint:

Möglichkeit der Kumulativ-Ansicht

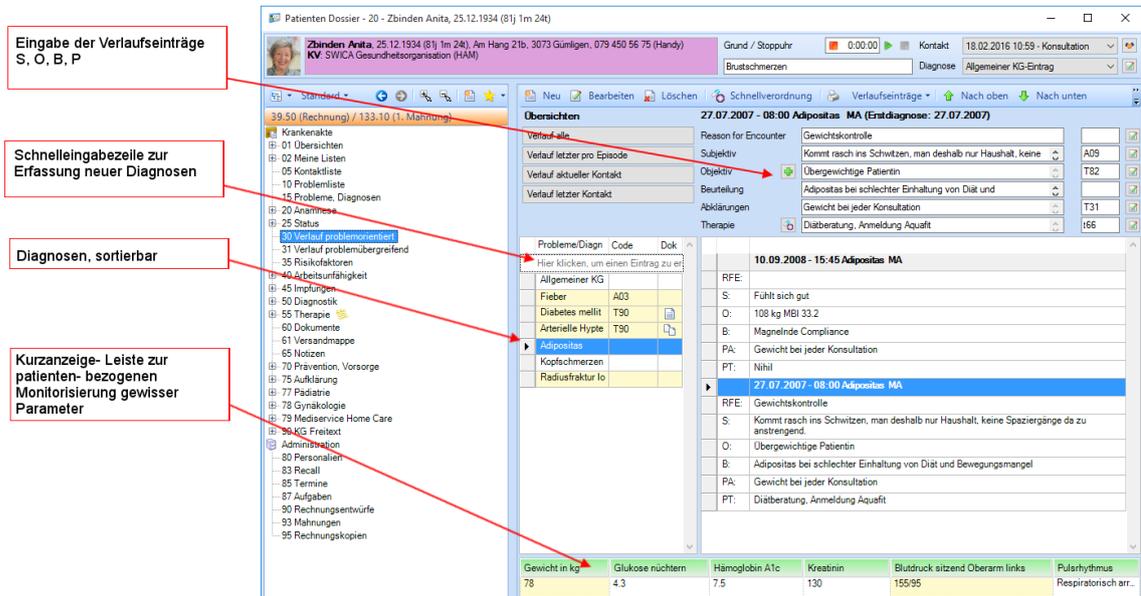
18.02.2016 10:59 - Konsultation				
Vitalzeichen				
	N	P	Eintrag	Bemerkungen
Pulscharakter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal	
Pulsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck sitzend Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	155/95	
Blutdruck liegend Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck liegend Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck stehend Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck stehend Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Temperatur axillär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Temperatur rektal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Temperatur sublingual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Temperatur Ohr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Atemfrequenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Atemtyp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
O2-Sättigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FEV1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PEF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schellong Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Messwerte				
Gewicht in kg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78	
Grösse in cm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	165	
Kopfumfang (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bauchumfang (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hüftumfang (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Berechnungen				
Gewicht BMI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28.65	
Körperoberfläche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.89	

Auch hier kann mit einer Kumulativ-Ansicht der Verlauf rasch beurteilt werden.

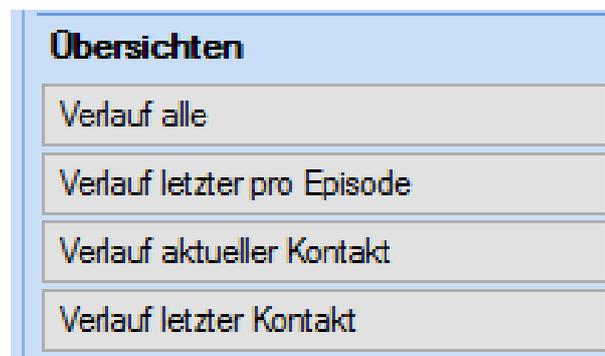
1.4.9 Verlauf problemorientiert

Verlauf problemorientiert

Auf dem **Bildschirm 30** kann die **Verlaufsdokumentation pro Problem/Diagnose** erfolgen. Mit diesem Bildschirm kann ein Grossteil der anfallenden Verlaufsdokumentation im elektronischen Patientendossier erledigt werden.



Der Verlauf kann wahlweise **in Übersichten oder pro Episode** (also pro Problem/Diagnose) dargestellt werden:



Übersichten

Unter **Übersichten** sind folgende Möglichkeiten verfügbar:

- **Verlauf alle:** Es werden alle Verlaufeinträge sämtlicher Diagnosen nach Datum geordnet dargestellt.
- **Verlauf letzter pro Episode:** Es werden die letzten Verlaufeinträge pro Diagnose dargestellt.
- **Verlauf aktueller Kontakt:** Es werden die Verlaufeinträge angezeigt, die während des aktuellen Kontaktes erstellt wurden.
- **Verlauf letzter Kontakt:** Es werden die Verlaufeinträge angezeigt, die während des letzten Kontaktes erstellt wurden.

Start-Übersicht

Diejenige Übersicht, die **beim Aufruf des Bildschirms 30 voreingestellt** sein soll, kann in der **Konfiguration** unter „Benutzereinstellungen – Allgemein“ festgelegt werden.

Probleme/Diagnosen

Die Diagnosen sind unter den Übersichten angeordnet und können individuell sortiert werden (vgl. unten).

Probleme/Dia	Code	Dok
Hier klicken, um einen Eintrag zu		
Allgemeiner		
Fieber	A03	
Diabetes mel	T90	
Arterielle Hy	T90	
Adipositas		
Kopfschmerz		
Radiusfraktu		

In der Spalte „Dok“ können Dokumente zur Diagnose verwaltet werden (gleiches Vorgehen wie überall in der KG).

In der Spalte Code können die Diagnosen nach ICPC-2 oder ICD-10 codiert werden.

Die Spalte „Probleme/Diagnosen“ wird dynamisch in der Breite angepasst je nach Fenstergröße und Größe SOAP-Fensterbereich. Die Spalten Code und Dok sind in der Breite fix definiert.

Die Einträge zu den markierten Diagnosen werden auf der rechten Bildschirmseite angezeigt. Das Datum der Erstdiagnose der Episode ist im Titel ersichtlich:

Datum der Erstdiagnose

Schnelleingabezeile zur Erfassung neuer Diagnosen

Einträge zur markierten Diagnose

Probleme/Diagnos	Code	Dok
Hier klicken, um einen Eintrag zu erstell		
Allgemeiner KG-Ei		
Fieber	A03	
Diabetes mellitus	T90	
Arterielle Hypertro	T90	
Adipositas		
Kopfschmerzen		
Radiusfraktur loco		

22.11.2012 - 14:30 Diabetes mellitus Typ II MA (Erstdiagnose: 27.07.2007)	
Reason for Encounter	Hohe BZ Werte
Subjektiv	Hat regelmässig zu hohe BZ Werte
Objektiv	HBA+c zu hoch
Beurteilung	Drohende Entgleisung Diabetes wegen Harnwegsinfekt
Abklärungen	Engmaschige BZ Kontrollen
Therapie	Orale AD weiter, Wechsel auf Insulin falls keine Besserung

20.08.2012 - 14:30 Diabetes mellitus Typ II MA	
RFE:	
S:	Geht gut, kein Hypo
O:	
B:	mässig eingestellter Diabetes
PA:	Grosses Labor nK
PT:	Insulin

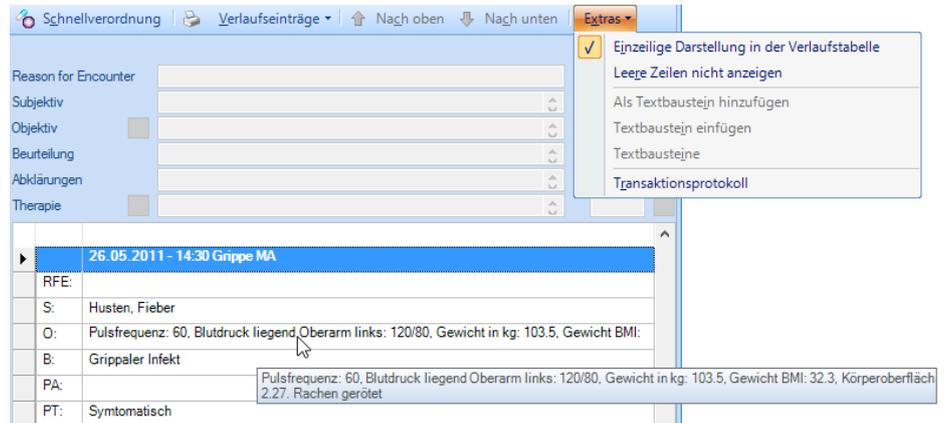
20.09.2011 - 14:30 Diabetes mellitus Typ II MA	
RFE:	
S:	Geht gut, kein Hypo
O:	Fusspulse bds fehlend

Im Verlauf problemorientiert kann die Darstellung auch umgestellt werden.

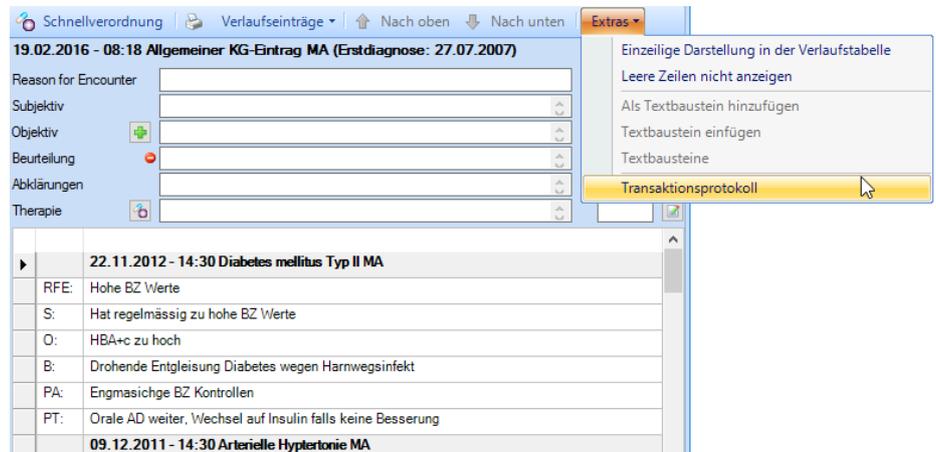
- Darstellung einzellig
- Darstellung mehrzeilig

Die gewählte Einstellung bleibt gespeichert.

Darstellung einzellig:

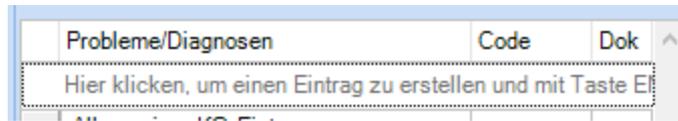


Darstellung mehrzeilig



Diagnose (Freitext)
neu erfassen

Mit der „**Schnelleingabezeile**“ kann eine neue Episode(Problem/Diagnose) als Freitext direkt erfasst werden:

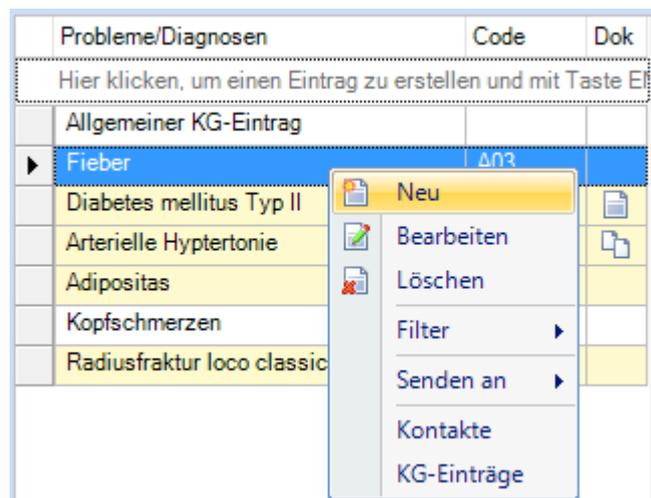


Wichtig: Eintrag hier immer mit ENTER abschliessen, da er sonst nicht gespeichert wird.

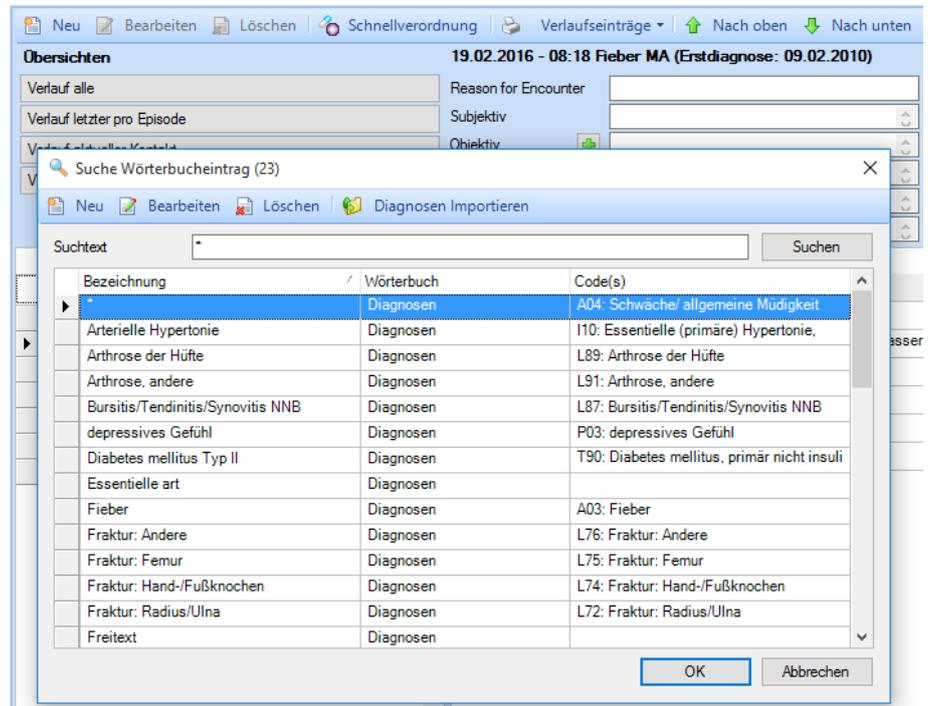
Die so erstellten Episoden erhalten automatisch die Art „Problem“ und den Status „aktiv“; sie sind so auch auf dem Bildschirm 15 zu sehen.

Diagnose (Wörterbuch)
neu erfassen

Um Diagnosen aus dem Wörterbuch zu erfassen, gehen Sie via **Rechtsklick auf „Neu“**:



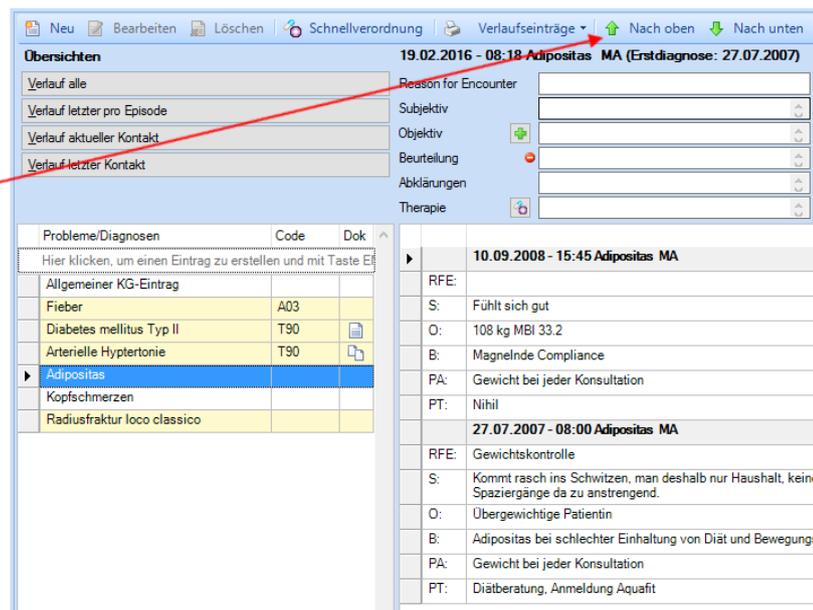
Sofern Wörterbucheinträge erfasst sind, erscheint der Auswahlbildschirm „Suche Wörterbucheintrag“. Hier kann die gewünschte Diagnose ausgewählt und dann im KG-Detailfenster präzisiert werden:



Sortierung Diagnosen

Unter Probleme/Diagnosen werden die Probleme und Diagnosen je nach Filter-Einstellung (vgl. unten) aufgeführt. Deren Sortierung kann individuell eingestellt werden; diese Einstellung bleibt beim Verlassen des Bildschirms gespeichert. Dazu muss die **Diagnose markiert** werden und kann dann **mittels der Pfeiltasten in der Toolbar nach oben oder unten** gerückt werden:

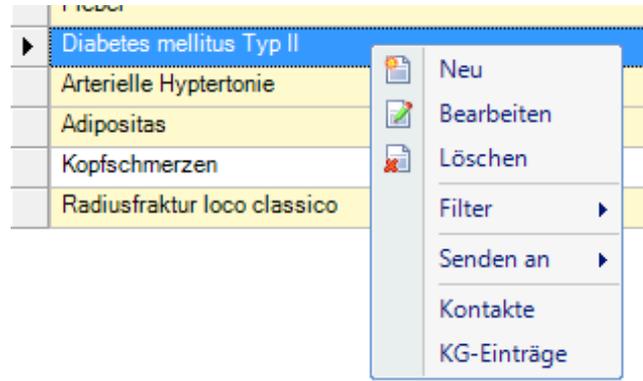
Diagnosen können mit den Pfeiltasten nach Reihenfolge einsortiert werden



Zur Sortierung vgl. auch die Angaben unter „Filter“.

Bearbeitungsmöglichkeiten markierter Diagnosen

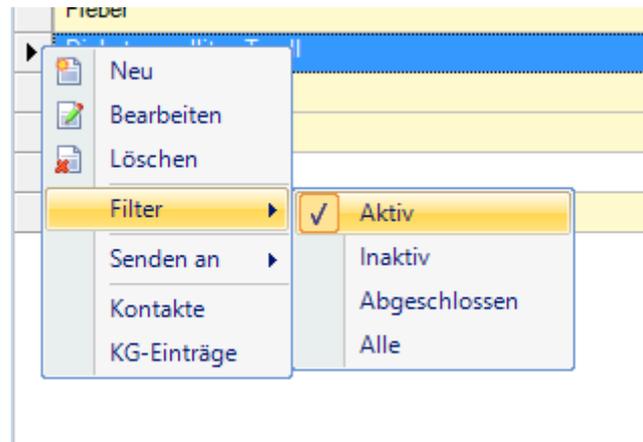
Mit markierten Diagnosen bieten sich folgende Bearbeitungsmöglichkeiten (Mausklick rechts):



Diagnosen können direkt **neu erfasst** werden (als Freitext auf der Schnellerfassungszeile, vgl oben). Diagnosen können **bearbeitet** und auch wieder **gelöscht** werden.

Filter

Mit „Filter“ können **aktive, inaktive, abgeschlossene oder alle** Diagnosen zur Anzeige ausgewählt werden:



Cave Filter- Sortierung

Ein Hinweis zur individuellen Sortierung der Diagnosen:

Damit alle Untergruppen bzw. Teilbereiche (also aktive, inaktive und abgeschlossene Diagnosen) in der individuellen Sortierung bleiben, ist es angebracht, zuerst „Alle“ anzuzeigen und diese individuell zu sortieren. Anschliessend ist die Reihenfolge korrekt, falls nur Untergruppen zur Anzeige gefiltert werden.

Kontakte

Unter „Kontakte“ werden die **partiellen Kontakte**, die zur entsprechenden Episode (Problem/Diagnose) erfasst wurden, angezeigt:

Datum	Dauer	Kontaktart	Behandlungsort	Reason for Encounter	Code
22.08.2008 15:4	15	Konsultation	Praxis		
30.06.2008 15:4	15	Diagnostik MPA	Praxis		
24.04.2008 19:3	15	Konsultation	Praxis		
29.07.2007 17:3		Konsultation	Praxis		
27.07.2007 08:0	15	Konsultation	Praxis	Verlaufskontrolle	
24.07.2007 08:0	15	Konsultation	Praxis	Spontaner Harnverlust	

Episoden-Ansicht

Mit „KG-Einträge“ wird dieselbe Ansicht angezeigt wie unter Bildschirm 01 30 **Episoden:**

Übersichten 19.02.2016 - 08:18 Diabetes mellitus Typ II MA (Erstdiagnose: 27.07.2007)

Verlauf alle | Reason for Encounter: Subjektiv

Verlauf letzter pro Episode

Verlauf aktueller **KG-Einträge**

Verlauf letzter Kontakt

Probleme/Diagnosen

- Hier klicken, um einen Eintrag zu bearbeiten
- Allgemeiner KG-Eintrag
- Fieber
- Diabetes mellitus Typ II**
- Arterielle Hypertonie
- Adipositas
- Kopfschmerzen
- Radiusfraktur loco class

Diagnosen: Diabetes mellitus Typ II (MA, MA)

Verlauf: S: Verliert beim Husten Urin; O: Unauffälliger Urogenitalstatus; B: Stressinkontinenz infolge Polyneuropathie; PA: Diabetologischer Konsilium; PT: Orale Antidiabetica

Labor: 24.07.2007 Leukozyten: 3,5 G/l (MA, MA)

Diagnose Detail

Durch Doppelklick auf die Zeilenmarkierung öffnet sich das Detailfenster der Diagnose, mit allen Bearbeitungsmöglichkeiten (vgl. auch: KG Detailfenster,

Doppelklick auf Zeilenanfang öffnet das Diagnosen-Detailfenster

Übersichten 19.02.2016 - 08:18 Diabetes mellitus Typ II MA (Erstdiagnose: 27.07.2007)

Reason for Encounter: Subjektiv

KG Detail - Bearbeiten

KG-Eintrag: 27.07.2007 08:00 - Konsultation

Diagnose: Allgemeiner KG-Eintrag

Ausführender Arzt: Messerli Andreas

Verantwortlicher Arzt: Messerli Andreas

Datenherkunft: Manuelle Eingabe

Visum a. Arzt: 19.02.2016 08:47 (Visieren)

Visum v. Arzt: 19.02.2016 08:47

Erstellt am: 27.07.2007 09:28:08

Erstellt durch: Messerli Andreas

Letzte Änderung am: 19.02.2016 08:47:36

Letzte Änderung durch: Messerli Andreas

SOAP

Die einzelnen Verlaufseinträge sind nach dem SOAP- Prinzip geordnet (Subjektiv, Objektiv, Assessment, Procedure).

Procedere ist unterteilt in PA (Procedere – Abklärungen – Aufträge) und PT (Procedere – Therapie).

Verlaufseintrag erfassen

Der Verlaufseintrag zu einer Diagnose wird im Eingabefenster rechts oben eingegeben; Sobald eine Diagnose markiert ist, kann direkt in das entsprechende Feld (Subjektiv, Objektiv, Beurteilung, Abklärungen, Therapie) geklickt werden – das Eingabefeld ändert die Farbe und ist zur Texteingabe bereit:

Verlaufseinträge SOAP erfassen

27.07.2007 - 08:00 Adipositas MA (Erstdiagnose: 27.07.2007)		
Reason for Encounter	Gewichtskontrolle	
Subjektiv	Kommt rasch ins Schwitzen, man deshalb nur Haushalt.	A09
Objektiv	Übergewichtige Patientin	T82
Beurteilung	Adipositas bei schlechter Einhaltung von Diät und	
Abklärungen	Gewicht bei jeder Konsultation	T31
Therapie	Diätberatung, Anmeldung Aquafit	T66

Sofern der Text länger ist als das angezeigte Feld, erscheint rechts eine Scrollbar – es kann weiter geschrieben werden.

In die jeweiligen Felder können Textbausteine übernommen werden – mit rechter Maustaste zur Auswahl, nach Eingabe des Code und F3 automatische Übernahme des Textes.

Für jeden SOAP-Eintrag können ein oder mehrere Codes erfasst werden (ICPC-2). Es ist eine Schnellerfassung mit Direkteingabe bekannter Codes oder eine Auswahl mit Sub-Menu möglich:

ICPC2-Code für SOAP-Eintrag mit Untermenu selektieren

Suchen Codierung

Codiersystem: ICPC-2

Freitextsuche | Auswählen | Favoriten

Kapitel: Allgemein und unspezifisch

Unterkapitel: Symptome, Beschwerden

Suchtext: Über*

Code	Beschreibung
A09	übermäßiges Schwitzen

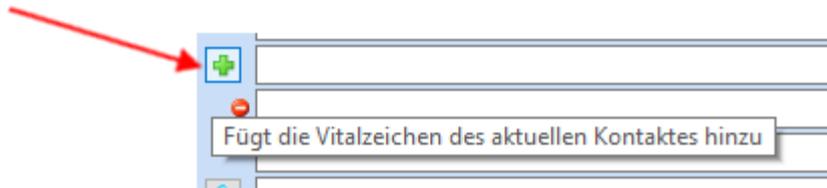
Ausgewählte Kodierungen

Code	Bezeichnung	Codierungs-System
A09	übermäßiges Schwitzen	ICPC-2

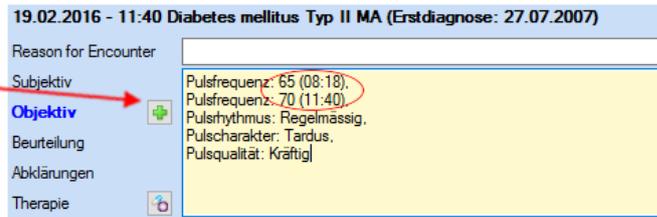
Mit der **Tab-Taste** kann nach jedem Eintrag auf das nächste SOAP- feld gesprungen werden.

Vitalzeichen übernehmen

Die Vitalzeichen des aktuellen Kontaktes (die ev. schon vorgängig durch die MPA erfasst wurden), können mit einem Mausklick auf den +- Button direkt in das Feld „Objektiv“ übernommen werden:



Button zur Übernahme der Vitalzeichen in das Feld "Objektiv" des Verlaufeintrages



Falls gewisse Vitalzeichen an einem Tag mehrmals erfasst worden sind, werden die Einträge mit Angabe der Uhrzeit übernommen.

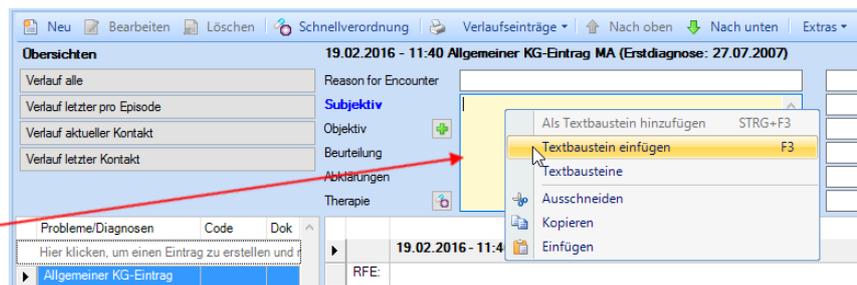
Kopieren in Verlaufeintrag

Einträge im Patientendossier lassen sich durch „Copy & Paste“ in die Verlaufeinträge einfügen. Vgl. auch unten, „Zurück“.

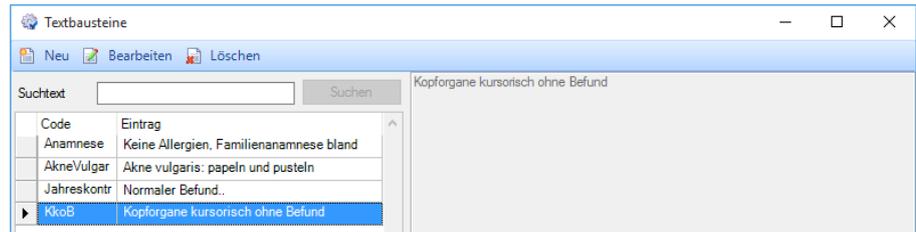
Textbausteine

Zur Erfassung der Verlaufeinträge können auch Textbausteine verwendet werden. Mit dem Code des Bausteins und F3 kann er direkt in das ausgewählte Feld übernommen werden. Ist der Code nicht bekannt, kann mit Mausklick rechts das entsprechende Kontextmenu angezeigt, ausgewählt und mit OK übernommen werden.

Mausklick rechts öffnet Menu Textbausteine

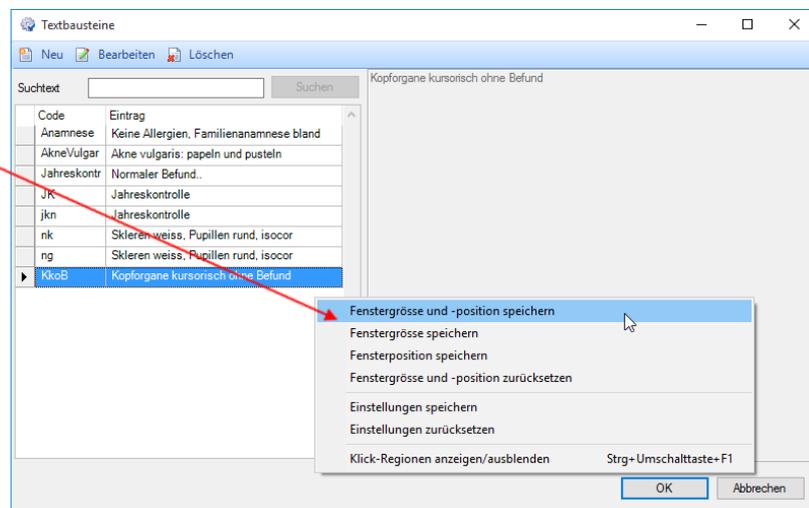


Auswahl „Textbausteine“ öffnet den Textbaustein- Bildschirm:



Hier lassen sich Textbausteine übernehmen, neu erstellen, bearbeiten und löschen, wie dies auch unter sämtlichen Navigationspunkten mit Freitexteingabe möglich ist (z.B. 20-2010 oder 25-10-10). Die Größe des Textbaustein-Fensters kann dauerhaft abgespeichert werden.

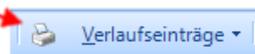
Fenstergröße und Position speichern



Ausdruck Verlaufseinträge

Die zu einer markierten Diagnose angezeigten Verlaufseinträge wie auch die Verlaufseinträge unter „Übersichten“ können durch Klick auf das Druckersymbol ausgedruckt werden:

Ausdruck Verlaufseinträge



Kurzanzeige-Leiste

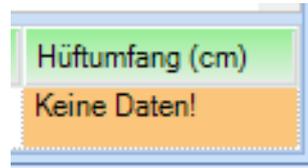
Die Kurzanzeige-Leiste („Monitor-Leiste“) ist im unteren Teil des Bildschirms quer zu sehen (sofern sie konfiguriert wurde, vgl. unten):

Gewicht in kg	Glukose nüchtern	Hämoglobin A1c	Blutdruck sitzend Oberarm links	Pulsfrequenz	Gewicht BMI
78	4.3	7.5	155/95	70	28.65

Der Arzt kann hier **pro Patient individuell bis zu 10 Wörterbuchbezeichnungen** festlegen, deren Einträge angezeigt werden sollen.

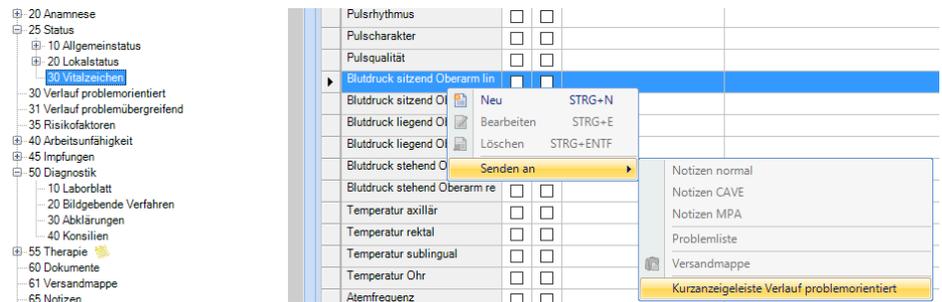
Unterhalb der Bezeichnung wird jeweils der aktuellste entsprechende KG-Eintrag angezeigt. **Zellen mit einem neuen Eintrag bleiben gelb hinterlegt** Damit sieht der Arzt, welche Werte er bei der aktuellen Konsultation bereits erfasst hat.

Falls zu einem Begriff noch keine Einträge erfasst worden sind, erscheint das entsprechende Feld rötlich eingefärbt mit der Mitteilung: „Keine Daten“:



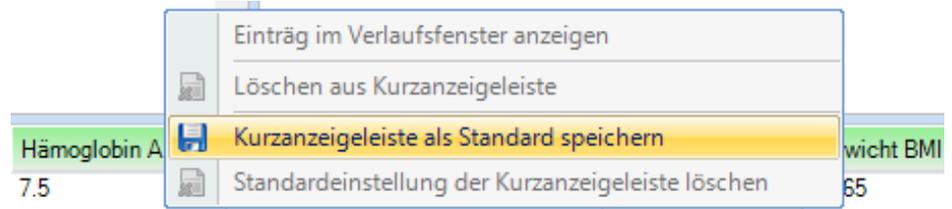
Festlegen der Begriffe in

der Kurzanzeige-Leiste Der Arzt kann einen Begriff im Dossier markieren und **via rechte Maustaste mit „Senden an – Kurzanzeige Leiste“** übernehmen.



Kurzanzeigeleiste als Standard speichern

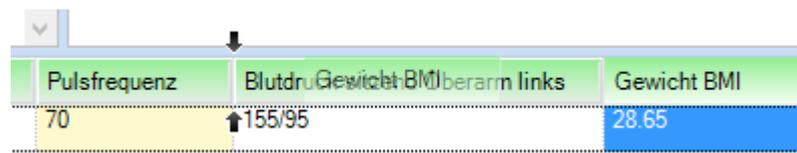
Die Auswahl der Begriffe in der Kurzanzeigeleiste kann via rechten Mausklick als Standard gespeichert werden.



Dieser Standard wird automatisch für alle andern Patienten festgesetzt, bei denen die Kurzanzeige-Leiste noch nicht definiert wurde.

Position in Kurzanzeige-Leiste verändern

Die Position der Begriffe lässt sich folgendermassen verändern: „Packen“ Sie den Begriff mit der linken Maustaste und plazieren Sie ihn am gewünschten Ort:



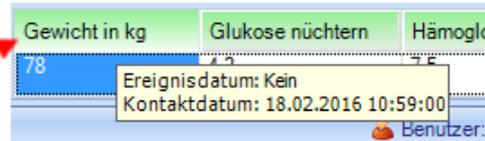
Es erscheinen rote Pfeile, wo der Begriff eingefügt werden wird. Sobald die Pfeile an der gewünschten Position sind, die Maustaste loslassen.

Aufruf Erfassungsbildschirm

aus Kurzanzeige-Leiste

Durch Doppelklick mit der linken Maustaste auf die entsprechende Zelle mit dem Wörterbuchbegriff gelangt man direkt auf den dazugehörigen Erfassungsbildschirm:

Doppelklick öffnet den Erfassungsbildschirm



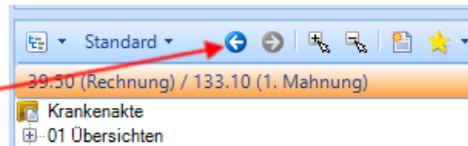
Zurück-Button

Aus dem Bildschirm 30 kann jederzeit auf irgendeinen Knoten des Navigationsbaumes gesprungen werden, um Einträge zu bearbeiten oder zu kopieren.

Dabei werden die bereits erstellten Einträge automatisch gespeichert. Kopierte KG-Einträge lassen sich mit Copy&Paste in die problemorientierten Verlaufseinträge einfügen.

Mittels des „Zurück“- Buttons (oder mit **ALT+ Left**) kann direkt wieder auf den vorherigen Bildschirm gesprungen werden:

Zurück - bzw. Vorwärts-Buttons

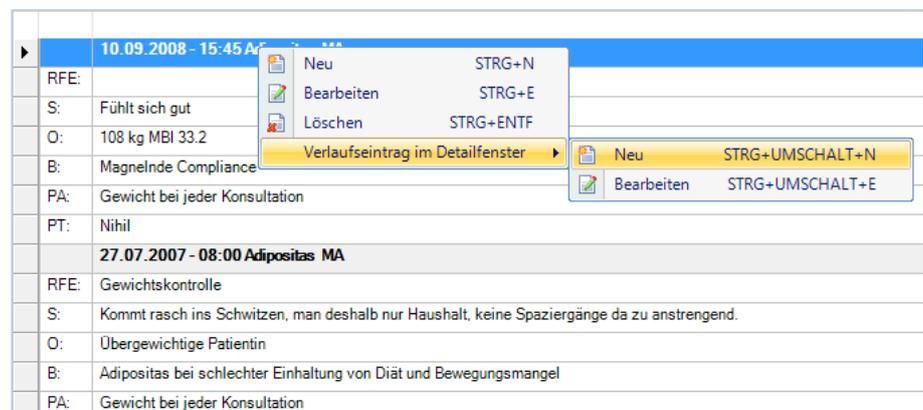


Verlaufseintrag im

Detailfenster

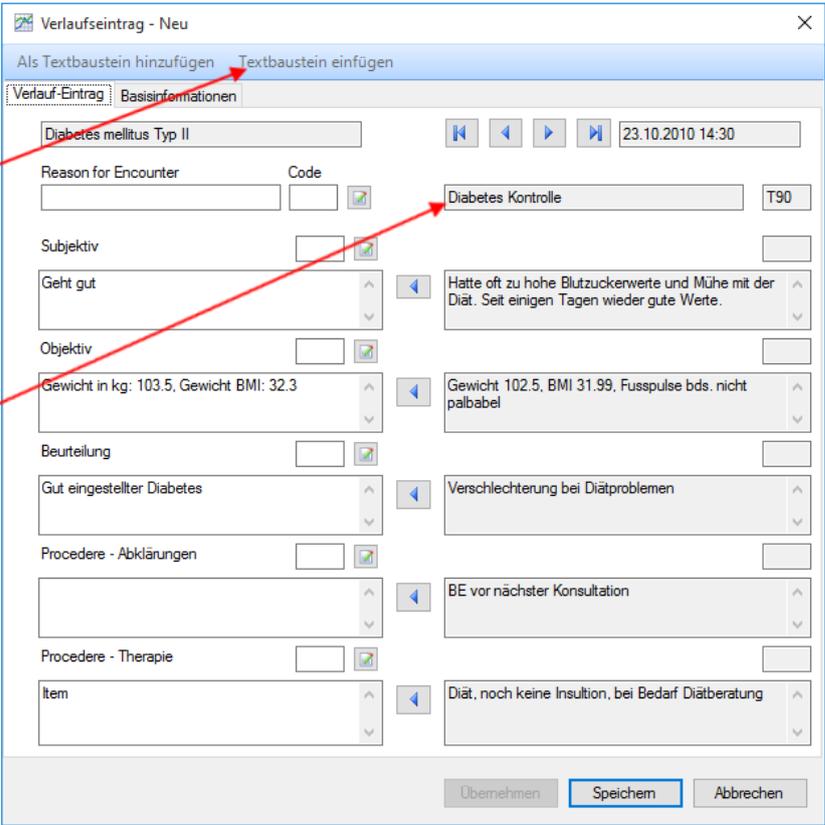
Verlaufseinträge lassen sich nach wie vor im ehemaligen Erfassungsfenster vornehmen (triaMED bis Version 3.3.0.5).

Gehen Sie dazu im rechten Teil des Bildschirms via Rechtsklick auf „Verlaufseintrag im Detailfenster“:



Es können Textbausteine hinzugefügt bzw. eingefügt werden

Verlaufseinträge des Kontaktes sind rechts ersichtlich und können wahlweise übernommen werden



Tastenkürzel für
Ehemaligen Erfassungs-
Bildschirm

Zum **direkten Wechsel in den ehemaligen Erfassungsbildschirm** können Sie das betreffende Problem markieren und folgende Tastenkürzel verwenden:

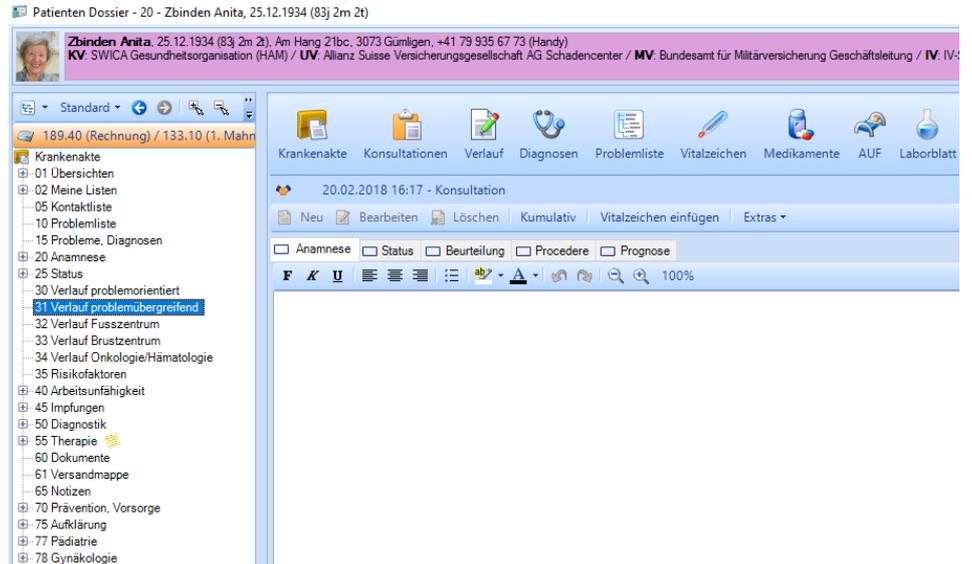
- Ctrl Shift A Ansehen
- Ctrl Shift E Bearbeiten
- Ctrl Shift N Neuer Eintrag

Im „ehemaligen Erfassungsbildschirm 30“ können ebenfalls nach dem SOAP-Schema neue Verlaufseinträge erstellt werden. Die zuletzt erfolgten Einträge zum Problem sind jeweils rechts schon eingetragen und können wahlweise durch Klick auf den blauen Pfeil übernommen und dann bei Bedarf modifiziert werden.

Dieses Eingabefenster bietet jedoch bei weitem nicht die Funktionalität des üblichen Bildschirms 30.

1.4.10 Verlauf problemübergreifend

Verlauf problemübergreifend Problemübergreifend kann der Verlauf in formatierbarem Freitext erfolgen:



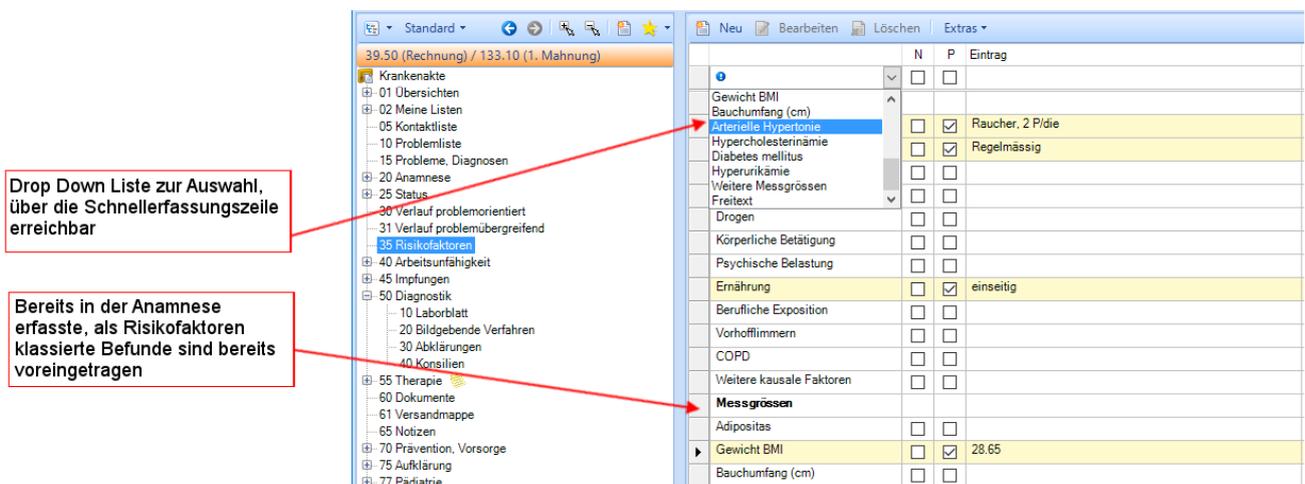
Nebst der Definition von Textbausteinen ist hier auch eine kumulative Ansicht über den Zeitverlauf hinweg möglich.

Die Schaltfläche «Vitalzeichen einfügen» fügt die Vitalzeichen des aktuellen Kontaktes hinzu.

1.4.11 Risikofaktoren

Risikofaktoren

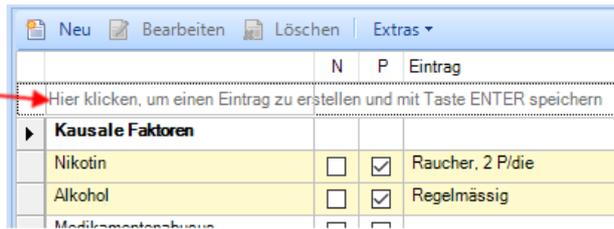
Die Risikofaktoren können über den Navigationsbaum geöffnet und in einer detaillierte Erfassungsliste bearbeitet werden. Früher schon erfasste pathologische Befunde (z.B. aus der Anamnese), die auch in dieser Liste erwähnt sind, wurden bereits eingetragen:



Schnellerfassungszeile

Über die Schnellerfassungszeile (ganz oben in der Liste) kann ein neuer Risikofaktor eingegeben werden, wobei teilweise aus einer Drop Down-Liste ausgewählt werden kann; die entsprechenden angewählten Befunde werden dann automatisch in der untenstehenden Liste eingetragen (und umgekehrt).

Schnellerfassungszeile

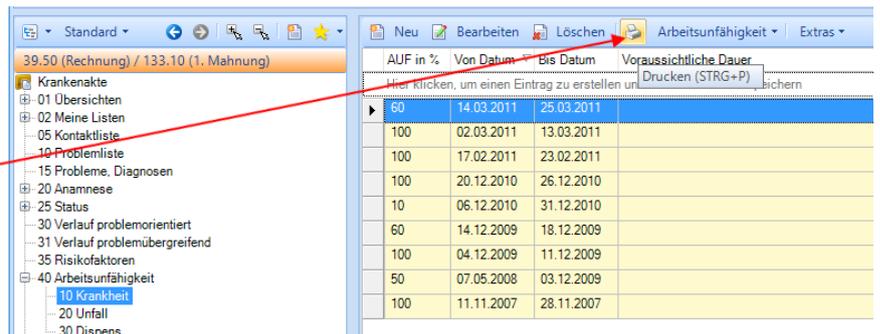


1.4.12 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit kann für Krankheit, Unfall oder Dispens in der Schnellerfassungszeile eingegeben werden. Arbeitsunfähigkeiten können von 100 – 0 % (zur Klarstellung einer Arbeitsfähigkeit ab einem bestimmten Datum) erfasst werden. Auch ist es möglich, Bemerkungen im Freitext anzufügen. Ebenfalls können bei Bedarf Dokumente angehängt werden (z.B. ein Schreiben des Arbeitgebers).

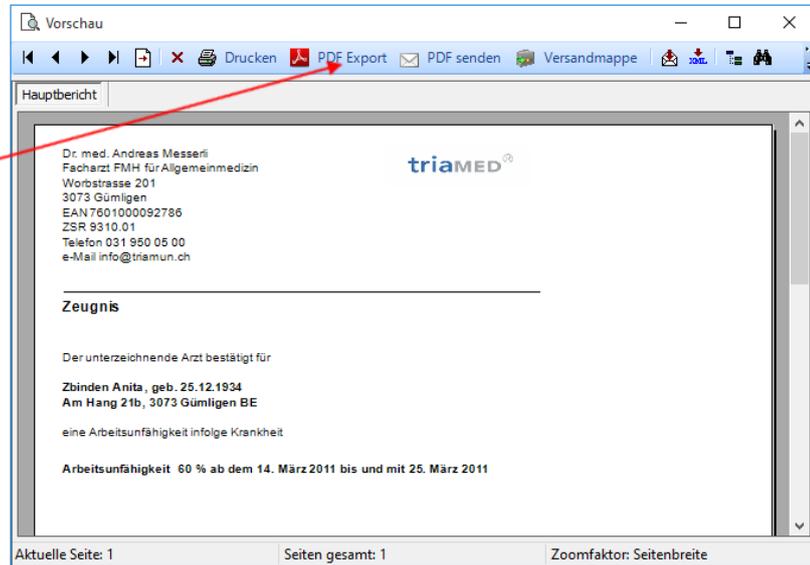
Direktes Generieren des AUF-Zeugnisses über den Print Button



Arbeitsunfähigkeitszeugnis

Es ist möglich, über den Print Button direkt ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu generieren, das sowohl als PDF- als auch im XML-Format exportiert oder in die Versandmappe gelegt werden kann:

AUF-Zeugnis exportierbar als PDF oder XML-Datei oder in Versandmappe



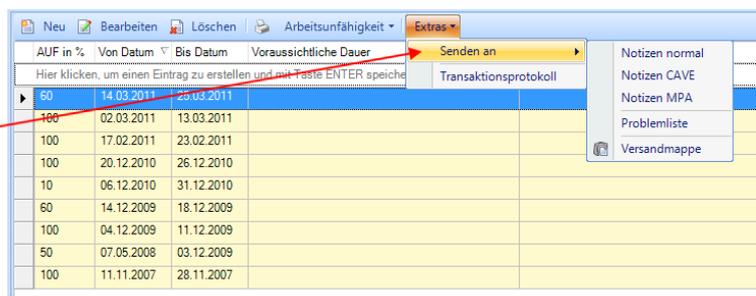
Mehrere AUF drucken

Wenn mehrere Arbeitsunfähigkeiten auf ein Zeugnis gedruckt werden sollen, können diese mit **Ctrl und linkem Mausklick markiert** und dann mit Klick auf den „Print“ Button zusammen ausgedruckt werden:

AUF in %	Von Datum	Bis Datum	Voraussichtliche Dauer
Hier klicken, um einen Eintrag zu erstellen und mit Taste ENTER speichern			
60	14.03.2011	25.03.2011	
100	02.03.2011	13.03.2011	
▶ 100	17.02.2011	23.02.2011	
100	20.12.2010	26.12.2010	
10	06.12.2010	31.12.2010	
60	14.12.2009	18.12.2009	
100	04.12.2009	11.12.2009	
50	07.05.2008	03.12.2009	
100	11.11.2007	28.11.2007	

Über „Extras“ kann der AUF- Eintrag zu den Notizen, in die Problemliste oder (sofern das Zeugnis als Datei in der Spalte „Dok“ angehängt wurde), an die Versandmappe gesandt werden:

Senden des AUF-Eintrages an Notizen, Problemliste, Versandmappe



1.4.13 Impfungen

Impfungen

Die Impfungen können sowohl in der Schnellerfassungszeile (Drop Down Auswahl) als auch mit dem Menüpunkt „Neu“ erfasst werden. Aus dem Wörterbuch kann ein Eintrag selektiert und eingefügt werden. Der Impfstoff kann, falls er noch nicht in der eigenen Apotheke erfasst ist, leicht aus dem Katalog übernommen werden.

Unter 45 Impfungen bestehen drei Schirme:

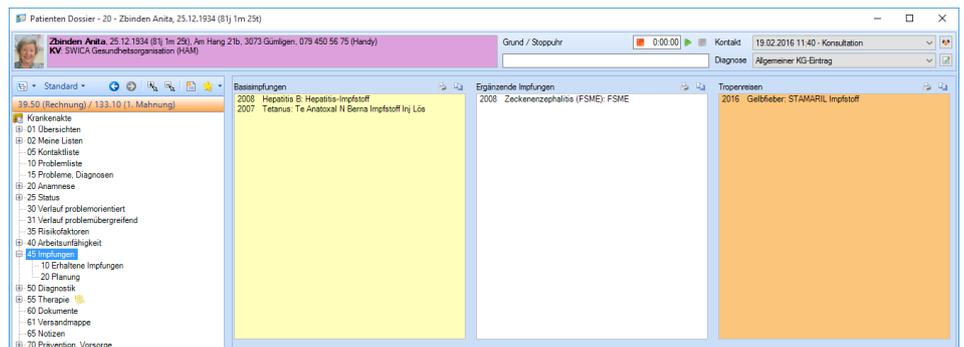
- „Übersicht“,
- „erhaltene Impfungen“ und
- „Planung“.

Die Impfungen werden farblich unterschieden:

- Gelb = Basis-Impfungen;
- Weiss = Ergänzende Impfungen;
- Orange = Tropenreisen.

Diese Unterteilung wird neu auch im Report geführt.

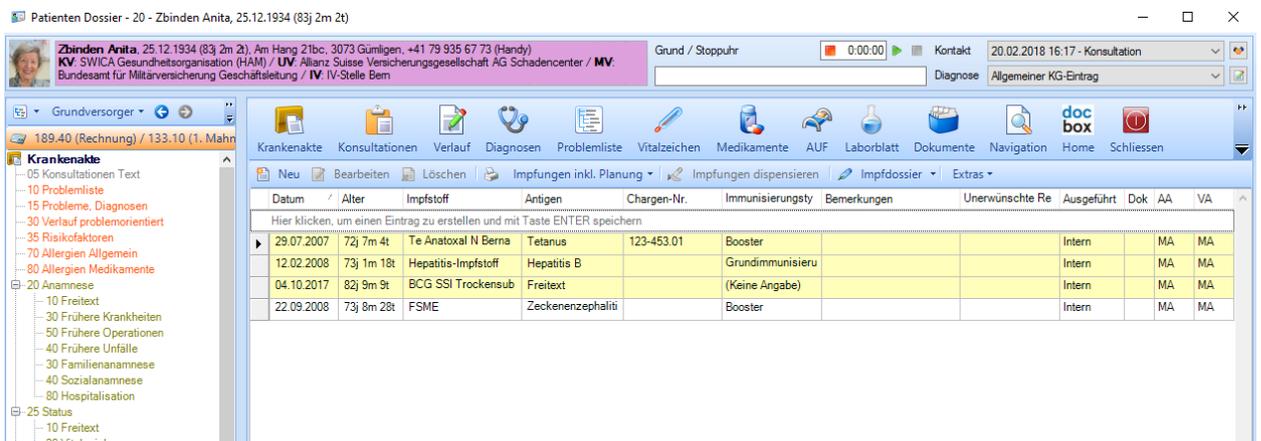
Die Übersicht:



Wenn man im Patientendossier bei der Impfdokumentation eine neue Impfung erfasst, wird das Antigen automatisch vorgeschlagen. Die Wahl des Antigens erfolgt anhand des ATC-Codes, der beim Artikel im triaMED-Index hinterlegt ist.

Bei der Dokumentation der verabreichten Impfungen ist eine Spalte *Bemerkungen* verfügbar.

Unter den Bemerkungen kann auch die Impfkodierung erfasst werden, an der die Impfung verabreicht wurde.



Erfassung einer Impfung:

Erfassung der Impfung über die Schnellerfassungszelle

Erfassen eines Impfeintrags aus dem Wörterbuch.

Datum	Alter	Antigen	Impfstoff	Chargen-Nr.	Immunisierungstyp	Unerwünschte Reaktion	Ausgefüllt
29.07.2007	7j 7m 4t	Tetanus	Te Anatoxal N Berna Impfs	123-453.01	Booster		Intern
12.02.2008	7j 1m 18t	Hepatitis B	Hepatitis-Impfstoff		Grundimmunisierung		Intern
22.09.2008	7j 3m 28t	Zeckenenzschallus (FSME)	FSME		Booster		Intern

- Das Alter bei Impfung wird mitgeführt bzw. berechnet.
- Die Leistungserfassung der Impfung wird vereinfacht ab dem Impfungs-Bildschirm unterstützt.

Geplante Impfungen können unter 45 20 Planung erfasst werden:

Antigen	Zeitpunkt	Datum	Alter	Unerwünschte Reaktionen
Pertussis		25.12.2016	8j 0m 0t	
Poliomyelitis		23.03.2016	8j 2m 27t	

- In der Planung können die geplanten Impfungen mit Softwareunterstützung nach Alter oder Zeitraum geplant und ins Recall-System übergeben werden.

1.4.14 Diagnostik

Diagnostik

In der Rubrik Diagnostik werden interne oder externe Laborresultate, Abklärungsberichte, sonstige diagnostische Dokumente, Bilder, Dateien, Röntgenaufnahmen etc. des Patienten nach Datum abgelegt.

Dokumente können (wie unter Übersicht beschrieben) angefügt werden, nachdem sie mittels Scanner erfasst wurden. Dazu können jeweils individuell Bemerkungen hinterlegt werden.

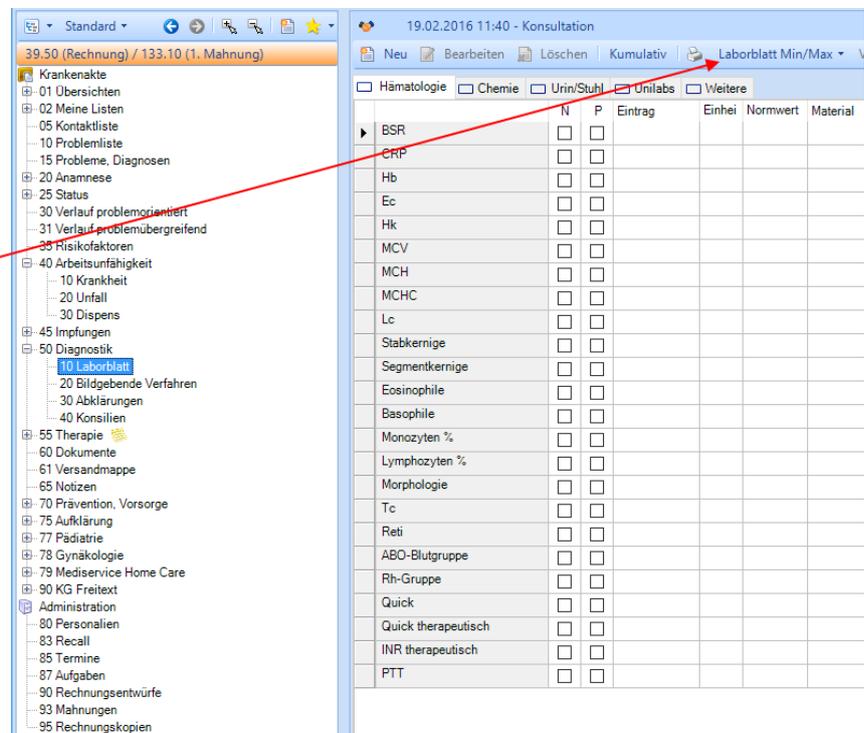
Laborblatt

Das Laborblatt kann individuell parametrierbar werden (vgl. Parametrierung Laborblatt). Dabei werden pro Mandant die internen und externen Laborparameter festgelegt, die Register konfiguriert sowie die einzelnen Einträge pro Register eingefügt.

Analysenresultate können über so erstellte Laborblätter direkt manuell eingetragen werden oder via Schnittstelle automatisch vom entsprechenden praxisinternen Laborgerät eingelesen werden.

Die Werte für Chol/HDL, LDL, Kreatinin-Clearance (Cockcroft Gault) und eGFR (MDRD-Formel) können Sie automatisch berechnen lassen, falls die Konfiguration (pro Mandant) vorgenommen wurde und die den Formeln zugrunde liegenden Werte manuell eingegeben oder per Schnittstelle eingelesen wurden.

Ausdruck des Laborblattes



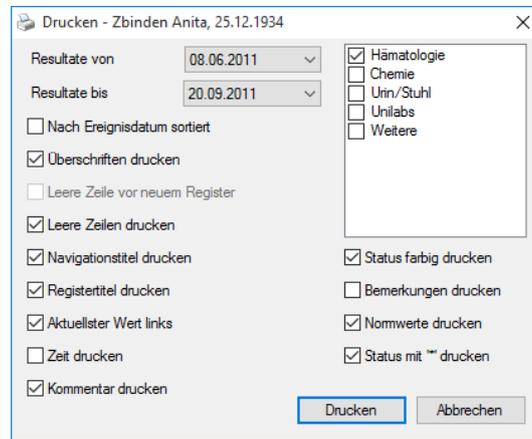
Ausdrucken Laborblatt

Die Resultate können jederzeit über „Laborblatt Min/Max“ ausgedruckt werden. Man kann den Zeitrahmen und viele weitere Einstellungen definieren.

Allgemeine Kommentare können durch Entfernen des Häkchens deselektiert werden.

In Abhängigkeit des gewählten Reports wird in triaMED auf Grund der Selektion der Laborblätter ermittelt, welche Resultate maximal auf den Ausdruck passen, wenn nur eine Seitenbreite gedruckt wird.

Soll ein grösserer Zeitraum gedruckt werden als vorgeschlagen und auf einer Seitenbreite möglich, können die von / bis Datumsfelder beliebig manuell ausgefüllt werden – der Druck erfolgt dann nach dem gewählten Zeithorizont. In den Auswahlboxen der von / bis Datumsfelder sieht man, wann Einträge (für die gewählten Laborblätter) erfasst wurden und so kann auch einfach ein Druck aller je erfassten Resultate selektieren werden.



Senden an Versandmappe:

Aus der Druckvorschau kann das Dokument direkt als pdf-Datei an die Versandmappe gesandt werden:

Direktes Senden des Dokumentes an die Versandmappe

		22.02.2011	Minimal	Maximal	20.09.2011
Hämatologie					
Blutsenkung nach 1h	0-30 mm		35	35	
C-reaktives Protein	< 6.0 mg/l	2.1	2.1	2.5	2.5
Hämoglobin	14.4 - 17.5 g/dl	16.2	15.8	16.4	15.8
Erythrozyten	4.60 - 5.70 Mio./mm ³	5.27	4.95	5.27	4.95
Hämatokrit	41 - 51 %	48	38	48	46
MCV	80 - 100 fl	91	89	92	92
MCH	26 - 34 pg	31	31	33	32
MCHC	31 - 36 g/dl	34	32	36	36
Leukozyten	3.7 - 9.6 x1000/mm ³	7.5	6.5	7.5	6.5
Thrombozyten	150 - 400 x1000/mm ³	260	245	280	250

Kumulativansicht

Laborblatt

Es ist eine Kumulative Ansicht des Labors über den Zeitverlauf hinweg möglich:

Die Kumulativ-Ansicht kann nach Ereignisdatum dargestellt werden

Kommentare erscheinen in der ersten Zeile

Bemerkungen werden mit Symbol und im Tooltip gezeigt

Grenzwertige Resultate sind gelb dargestellt

	19.02.2016 11:40	20.09.2011 14:30	14.06.2011 14:30	08.06.2011 14:30
Kommentar	Kommentar			
BSR	5			35
CRP		2.5	2.3	2.1
Hb	110	Bemerkung	16.4	16.2
Ec		4.95	5.21	5.27
Hk		46	38	48
MCV		92	89	91
MCH		32	33	31
MCHC		36	32	34
Lc	5.6	6.5	7.4	7.5
Stabkernige				
Segmentkernige				
Eosinophile				
Basophile				
Monozyten %				
Lymphozyten %				
Morphologie				
Tc		250	245	260
Reti				
ABO-Blutgruppe				
Rh-Gruppe				
Quick				
Quick therapeutisch				
INR therapeutisch				
PTT				

Farben kumulativ:

Auf dem kumulativen Laborblatt werden pathologische Resultate rot, grenzwertige gelb eingetragen.

Bemerkungen zu Laborbefunden

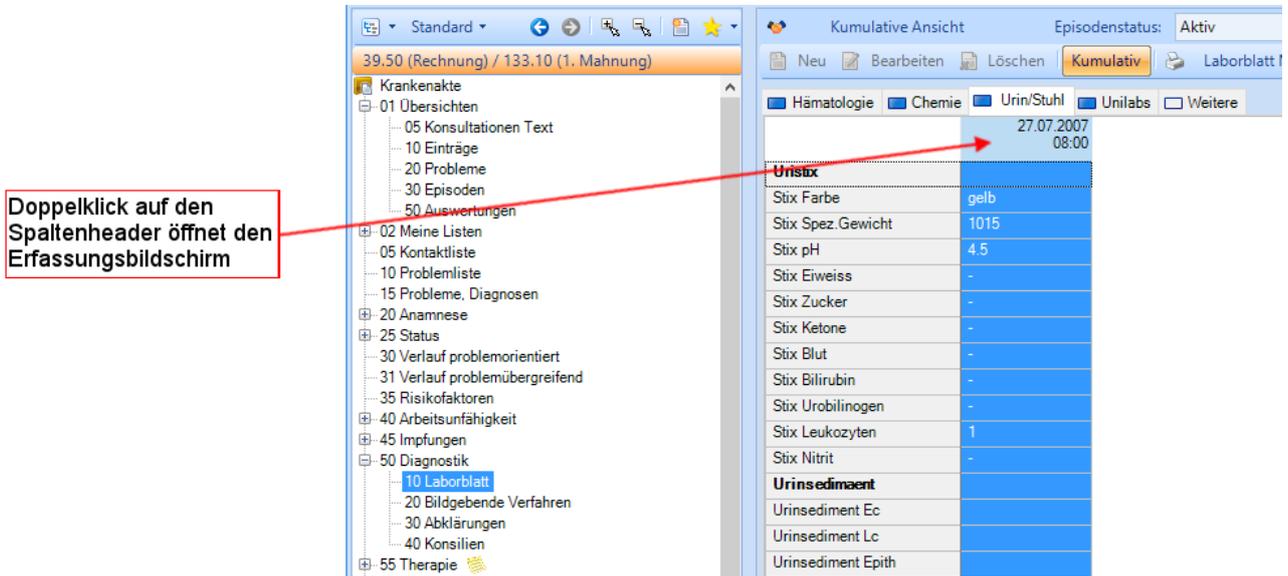
Sind zu Laborbefunden Bemerkungen vorhanden, ist dies in der kumulativen Ansicht durch ein Icon ersichtlich. Fährt man mit der Maus darauf, wird im Tooltip der Text angezeigt.

Kommentare zu Laborbefunden

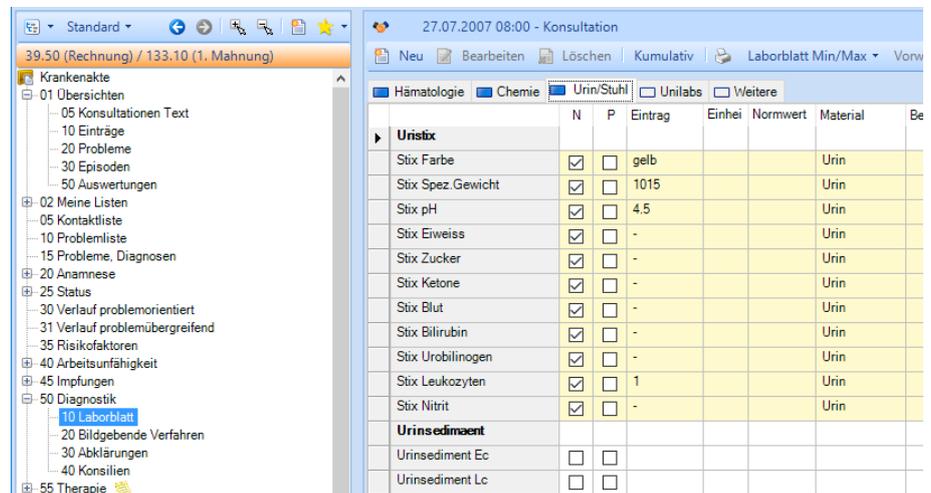
Sind Kommentare zu Laborbefunden vorhanden, werden diese in der ersten Zeile angezeigt. Eine Zuordnung zum einzelnen Laborresultat ist da nicht mehr möglich – meist aber auch nicht nötig, da Kommentare meist zu mehreren Resultaten gelten. Zur Kontrolle muss ggf. auf die Normalansicht gewechselt werden.

Je nach gewählter Druckoption werden die Bemerkungen mitgedruckt; die Kommentare werden in jedem Fall einzeilig als erste Zeile gedruckt.

Durch Doppelklicken auf den Spaltenheader gelangt man direkt auf den Erfassungsbildschirm:



Direkter Aufruf des Labor-Erfassungsbildschirms nach Doppelklick Spaltenheader kumulativ:



Ereignisdatum

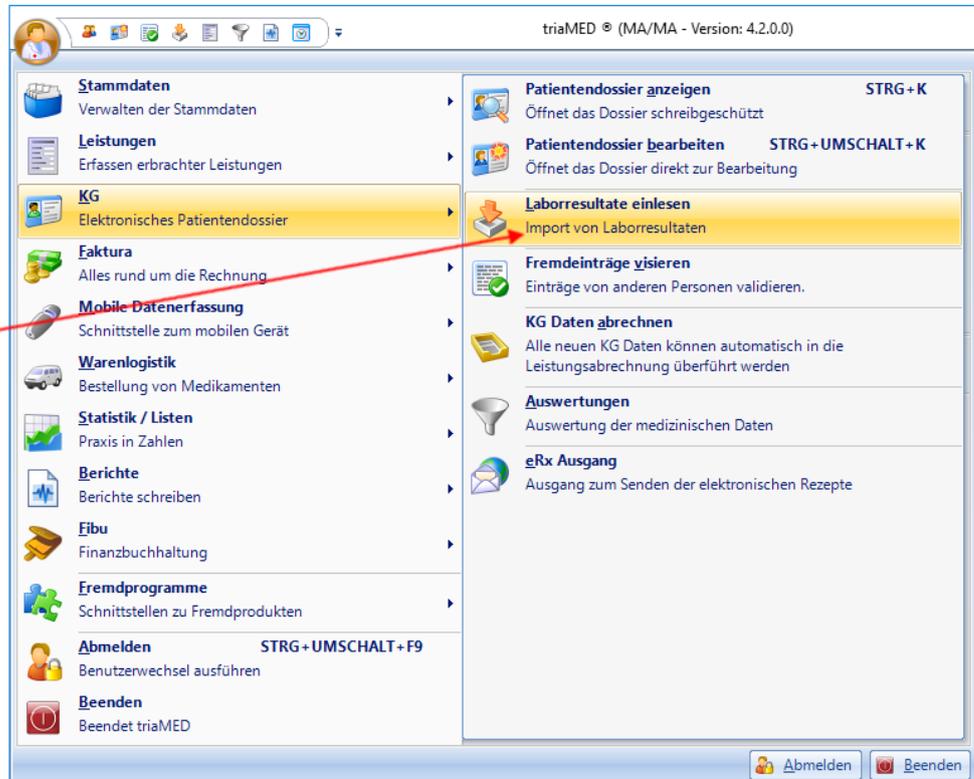
Sofern die kumulativen Resultate nach Ereignisdatum dargestellt werden sollen, muss der Button „Ereignisdatum“ in der Toolbar aktiviert werden.

Es ist allerdings zu beachten, dass dann durch Doppelklick des Spaltenheaders **kein direkter Aufruf** des Erfassungsbildschirms möglich ist.

Externes Labor

Es können Laborresultate aller gängigen Grosslabors über Schnittstellen eingelesen bzw. importiert werden:

Import von externen Laborresultaten über das Hauptmenu



Die externen Laborresultate werden als HL7-Dateien via definierte Schnittstelle ins triaMED eingelesen:

A	Patient	AA	VA	Datum	Labor	Kontakt	Problem	K	Bezeichnung	Code	Resultat	Einheit	Normwert	S	K	I	D	P
	20 - Zbinden Anita	MA	MA	31.07.20	Labor int	Konsultation -	Allgemei		IgM (AxSYM)	VHAM	0.10	index	<0.80-1.20					
	20 - Zbinden Anita	MA	MA	27.07.20	Labor int	Konsultation -	Allgemei		Immunität:	VHA.imm	Oui, presence							
	7 - Aufdermauer S	MA	MA	05.08.20	Labor int	Hausbesuch -	Allgemei		Infection récente:	VHA.infrec	Peu probable							
	7 - Aufdermauer S	MA	MA	05.08.20	Labor int	Hausbesuch -	Allgemei		HbS ag (AxSYM)	VHBs	0.7	Seuil	<2.00					
	20 - Zbinden Anita	MA	MA	05.08.20	Labor int	Konsultation -	Allgemei		HbS anticorps (AxSYM)	VHBsAc	>1000	U/L	<5.0-9.9					
	7023 - TEST walte	MA	MA	05.08.20	Labor int	Konsultation -	Allgemei		HbC anticorps (AxSYM)	VHBsAc_AXS	0.05	index	P<0.91-1.11					
	7023 - TEST walte	MA	MA	05.08.20	Labor int	Konsultation -	Allgemei		Ig (AxSYM)	VHC	100.21	index	<0.90-0.99					
	7023 - TEST walte	MA	MA	05.08.20	Labor int	Konsultation -	Allgemei		Immunoblot (INNO-LIA)	VHCBLOT.int	positif							
									Infection:	VHC.int	Oui, au vu de l'							
									Contrôle conseil:	VHC.cons	See Detailinf							

Fehlermeldungen:

Wichtig: Die Laborresultate können nur eingelesen werden wenn im Patientendossier ein **Kontakt** angelegt ist, dem die Resultate zugeordnet werden können. Andernfalls erscheint eine Fehlermeldung (roter Punkt), und der Kontakt muss nachträglich angelegt werden (Kontaktart: Diagnostik MPA). Danach kann das entsprechende Laborresultat eingelesen werden.

Eine Fehlermeldung erscheint auch, wenn die einzulesende **Analyse im System noch nicht bekannt** ist; in diesem Fall muss die Analyse neu erfasst werden (vgl. Parametrierung Laborblatt).

1.4.15 Therapie

Therapie

Unter dem Navigationspunkt 55 Therapie können verschiedenste Therapiemöglichkeiten erfasst werden; die Einträge können strukturiert oder als Freitext eingegeben werden.

Therapie Übersicht

Hier wird in Übersichtsboxen eine Zusammenstellung sämtlicher Therapien des Patienten gezeigt, inkl. Darstellung der bekannten Allergien in roter Farbe.

Wechsel in die Detail-Ansicht der Dauermedikamente via rechten Mausklick

Dauermedikamente/Antikoagulation
 Daonil Tabl 5 mg (1-1-1)
 Captosol Tabl 50 mg (1-1-1)
 Marcoumar Tabl 3 mg

Behandlungen
 Spitex Krankenpflege:
 Mahlzeitendienst: Ja
 Spitex Krankenpflege:
 Spitex: Ja, ab 30.07.2008, vgl. 30. Verlauf
 Physiotherapie: Hüfte rechts
 Diätberatung: Gesunde Ernährung

Allergien - Unverträglichkeiten
 AUGMENTIN Tabl 625 mg Erw (-> Penicilin)
 Clamoxyl RC Tabl 750 mg (Durchfall)
 Heuschnupfen: Vorhanden

Übrige Medikamente
 OTRIVIN SCHNUPFEN Dosierspray 0.1 % (1-1-1)
 BACTRIM forte Tabl 800/160mg (1-1-1)
 Dafalgan Tabl 500 mg (1-0-1)

Operationen
 2009 Hüftlux valgus links
 2008 Hüft-TP rechts

Rezepte
 16.12.2011 Rezept: Marcoumar Tabl 3 mg, D
 16.12.2011 Rezept: AUGMENTIN Tabl 625
 09.12.2011 Rezept: Daonil Tabl 5 mg, Capto
 09.12.2011 Rezept: Valium Tabl 10 mg, Sori
 05.12.2011 Rezept: BACTRIM FORTE Filmt
 10.09.2011 Rezept: Captosol Tabl 50 mg, So
 06.09.2011 Rezept: Marcoumar Tabl 3 mg, C
 22.08.2011 Rezept: Soris 10 Filmtabl 10 mg
 22.08.2011 Rezept: Daonil Tabl 5 mg, Capto
 21.07.2011 Rezept: Co Amoxicillin Helvepha
 27.07.2011 Rezept: Co Amoxicillin Helvepha
 06.07.2011 Rezept: Captosol Tabl 50 mg, Au

Reservemedikamente
 ALGIFOR L FORTE Filmtabl 400 mg
 Valium Tabl 10 mg (0-0-0-1)

Eingriffe
 2005 Wundnaht RQ/W Kopf

Selbstdispensationen
 20.11.2012 Selbstdispensation: ALGIFOR L
 10.09.2011 Selbstdispensation: Daonil Tabl
 06.09.2011 Selbstdispensation: Augmentin T
 22.08.2011 Selbstdispensation: Co Amoxicilli
 21.07.2011 Selbstdispensation: Augmentin T
 06.07.2011 Selbstdispensation: Daonil Tabl
 29.06.2011 Selbstdispensation: Imazol Crem
 29.06.2011 Selbstdispensation: Daonil Tabl
 23.06.2011 Selbstdispensation: Soris 10 Fil
 16.06.2011 Selbstdispensation: Augmentin T
 16.06.2011 Selbstdispensation: Daonil Tabl
 14.06.2011 Selbstdispensation: Soris 10 Fil
 09.06.2011 Selbstdispensation: Soris 10 Fil

In den Übersichtsboxen kann direkt über linken oder rechten Mausklick in die jeweiligen Detailinträge (z.B. hier der Dauermedikation) gewechselt werden:

Therapieplan

Im **Therapieplan 55 10** sind die **aktuell verordneten Medikamente** dargestellt:

Typ	Bezeichnung	M	M	A	N	Bemerkungen	Ab Datum	Bis Datum	Tage	D	A	R	V	Verordnun	Abgabe	Dok	AA	VA
Produkt	Captozol Tabl 50 mg	1	1	1			14.03.2011			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Rezept		MA	MA
Produkt	Daonil Tabl 5 mg	1	1	1			22.11.2012			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	Marcoumar Tabl 3 mg					gemäss Schema	01.02.2004			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fremd	Rezept		MA	MA
Produkt	BACTRIM forte Tabl 800/160	1	1	1			23.11.2012			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	Dafalgan Tabl 500 mg	1	1	1			15.11.2012			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	IBUPROFEN Sandoz Filmtabl	1	1	1		bis aufgebraucht	19.02.2016	29.02.2016	11	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	OTRIVIN SCHNUPFEN Dosie	1	1	1			22.11.2012			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	ALGIFOR L FORTE Filmtabl 4					bei Schmerzen	20.08.2012			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eigenmed	Selbstdisp		MA	MA
Produkt	Valium Tabl 10 mg				1	vor dem Schlafen	11.01.2011			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Rezept		MA	MA

D, AK, R, V

In den Spalten D, AK, R und V werden Dauermedikamente, Antikoagulantien, Reservemedikamente und Verbrauchsmaterial explizit markiert.

Farben Therapieplan

Dauermedikamente sind blau, Antikoagulantien gelb und Reservemedikamente grau dargestellt.

Medikamente erfassen

Im **Therapieplan Medikamente** wird die **aktuelle Medikation** erfasst. Es können Medikamente erfasst, abgesetzt oder die Dosierung angepasst werden.

Die Erfassung erfolgt entweder über den Button „Neu“ oder durch Eintragen in der Schnellerfassungszeile oder über die Schnellverordnung (siehe nachfolgende Beschreibung). Die Suche erfolgt je nach Einstellung in der Konfiguration zuerst in der „Apotheke“. Wahlweise kann auch im ganzen triaMEDIndex (ehemals Galdat) gesucht werden.

Wird in der Selbstdispensation ein Medikament per Strichcode eingelesen, welches bereits auf der Therapieliste ist, wird dieses für die Abgabe markiert.

Medikamentenerfassung über Schnellerfassungszeile

Typ	Bezeichnung	M	M	A	N	Bemerkungen	Ab Datum	Bis Datum	Tage	D	A	R	V	Verordnun	Abgabe	Dok	AA	VA
Produkt	Captozol Tabl 50 mg	1	1	1			14.03.2011			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Rezept		MA	MA
Produkt	Daonil Tabl 5 mg	1	1	1			22.11.2012			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	Marcoumar Tabl 3 mg					gemäss Schema	01.02.2004			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fremd	Rezept		MA	MA
Produkt	BACTRIM forte Tabl 800/160	1	1	1			23.11.2012			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	Dafalgan Tabl 500 mg	1	1	1			15.11.2012			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	IBUPROFEN Sandoz Filmtabl	1	1	1		bis aufgebraucht	19.02.2016	29.02.2016	11	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	OTRIVIN SCHNUPFEN Dosie	1	1	1			22.11.2012			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	ALGIFOR L FORTE Filmtabl 4					bei Schmerzen	20.08.2012			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eigenmed	Selbstdisp		MA	MA
Produkt	Valium Tabl 10 mg				1	vor dem Schlafen	11.01.2011			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Rezept		MA	MA

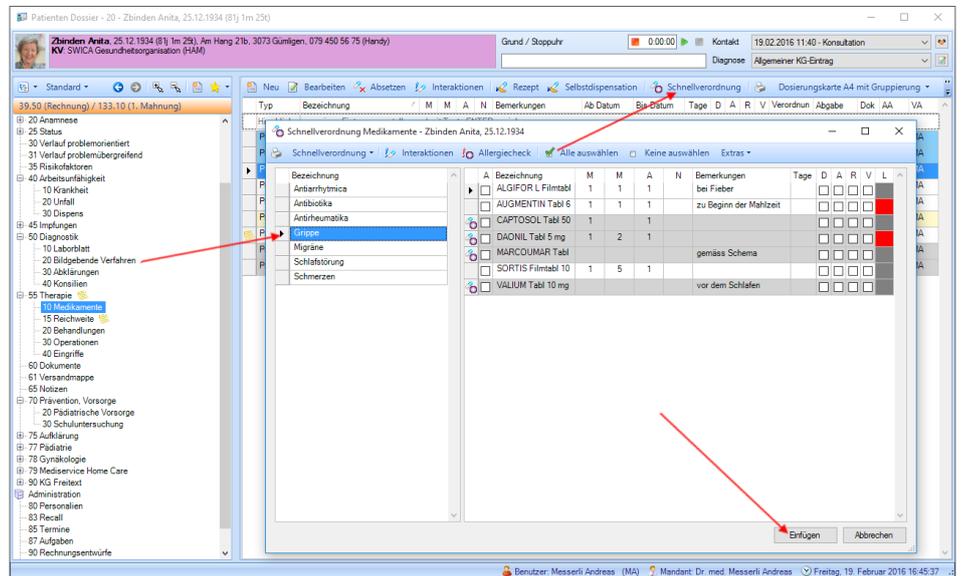
Schnellverordnung

Oft verordnet der Arzt immer dieselbe Kombination von Medikamenten und möchte diese mit einem Klick alle zusammen auf den Medikationsplan übernehmen können. Oder der Arzt möchte eine Liste aller Medikamente zu einer bestimmten Indikation aufrufen, die in der eigenen Apotheke geführt werden und das gewählte Medikament direkt auf den Medikationsplan übernehmen können.

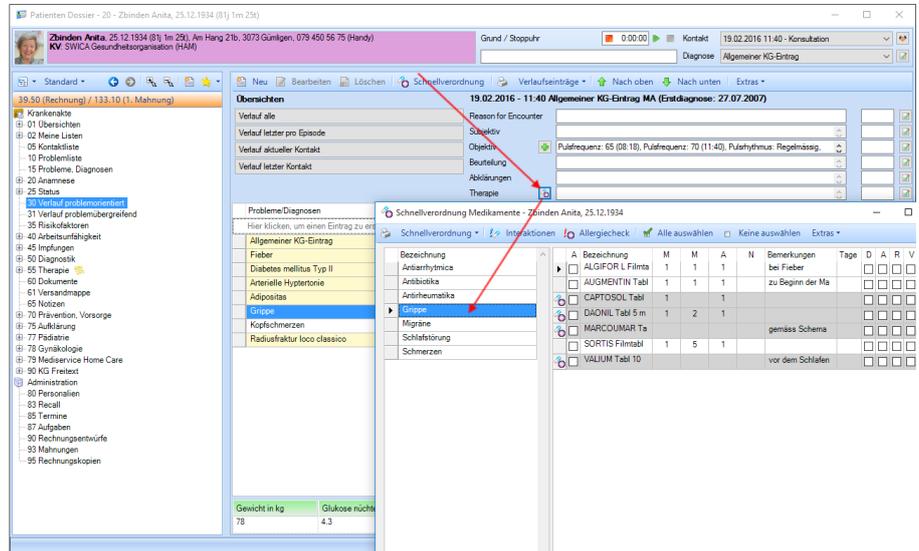
Ab der Version 4.1.2 bietet die Schnellverordnung Medikamente die Möglichkeit verschiedene frei definierbare Gruppen zu erstellen und pro Gruppe die für die Praxis üblichen und verfügbaren Medikamente zu hinterlegen. Die Dosierungen und Bemerkungen pro Medikament können vordefiniert werden.

Bei der Verordnung der Medikamente bei einem Patienten werden alle auf der Schnellverordnung markierten Medikamente mit einem Klick auf den aktuellen Medikationsplan des Patienten übernommen.

Medikamenten-erfassung über Schnellverordnung



Schnellverordnung im Verlauf Beim Erstellen von Verlaufseinträgen kann bei Procedere Therapie die Schnellverordnung Medikamente direkt aufgerufen werden und die ausgewählten Medikamente mit einem Klick auf den Medikationsplan übernommen werden.

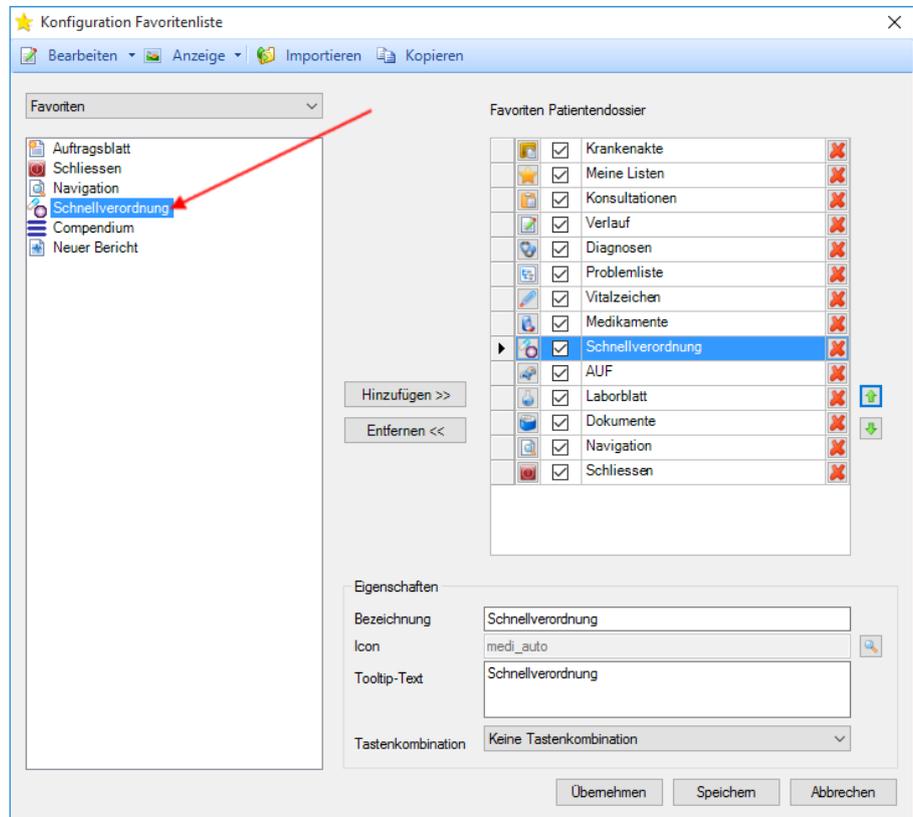


Schnellverordnung beim Patienten

Wenn der Benutzer im Patientendossier Medikamente erfassen will, kann er die Schnellverordnung öffnen. Die Schnellverordnung wird über den Button Schnellverordnung gestartet, welcher aus folgenden Bildschirmen aufgerufen werden kann:

- Medikamente
- Reichweite
- Rezept
- Selbstdispensation
- Verlauf problemorientiert

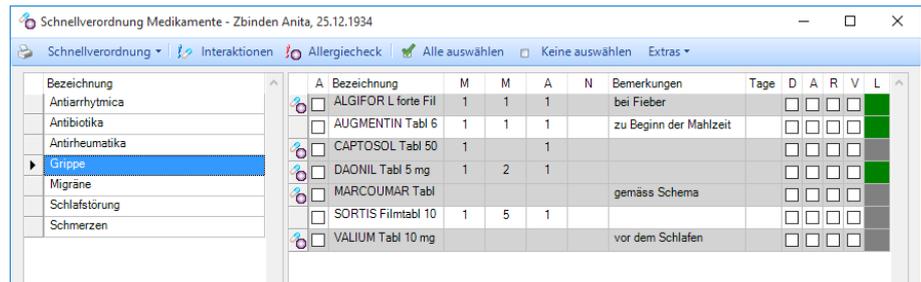
Auch in die Favoritenliste kann die Schnellverordnung Medikamente aufgenommen werden – sie findet sich unter Favoriten:



Die Schnellverordnung wird nach folgenden Regeln geladen (siehe auch Konfiguration):

- Falls der aktuelle Benutzer eine benutzerspezifische Parametrierung hat wird diese genommen
- Falls der Benutzer keine eigene Parametrierung hat wird die Schnellerfassung des Benutzers ‚Ausführender Arzt‘ genommen
- Falls der ‚Ausführender Arzt‘ keine benutzerspezifische Parametrierung hat wird die Schnellerfassung des aktuellen Mandanten genommen

Nach Aufruf der Schnellverordnung wird die als Standard bei Start definierte Gruppe vorgeschlagen. Der Benutzer kann aber auch frei eine andere Gruppe wählen. Es wird jeweils die Auswahl der Medikamente zu dieser Gruppe mit allen Voreinstellungen angezeigt.



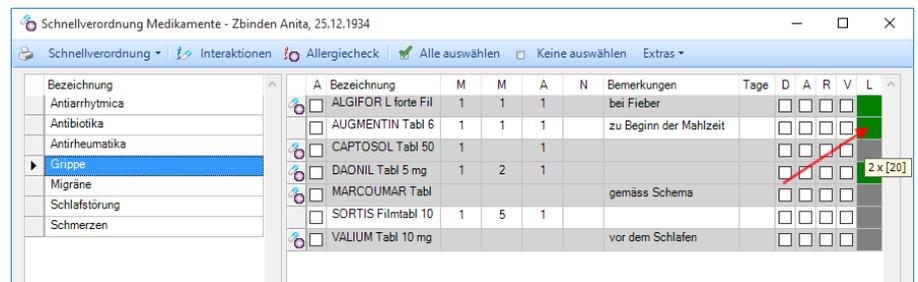
Die Medikamente, die der Patient bereits einnimmt, sind in der ersten Spalte mit einem Symbol versehen.

Der Benutzer kann nun alle gewünschten Einstellungen bei den angezeigten Medikamenten vornehmen – insbesondere auswählen, welche der vorgeschlagenen Medikamente auf den Medikationsplan übernommen werden sollen. Dies geschieht durch Wahl Alle auswählen oder Keine auswählen oder Häkchen bei den einzelnen Zeilen setzen oder entfernen.

Zudem wird pro Zeile in der letzten Spalte ein Farbcode mit folgender Bedeutung angezeigt:

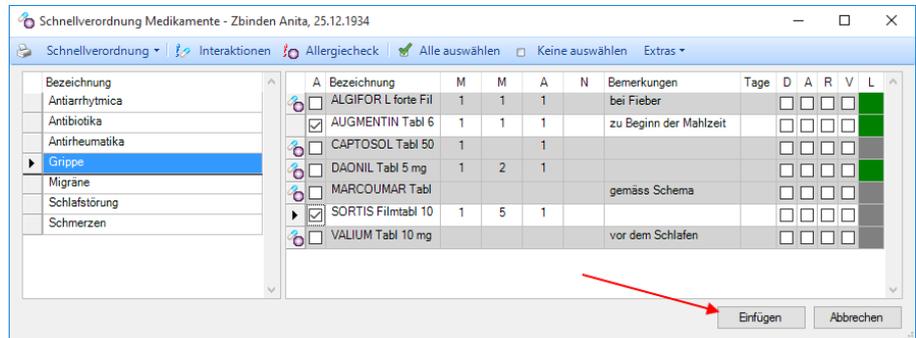
- Grau: Nicht in der Apotheke,
- Grün: in der Apotheke an Lager,
- Rot: In der Apotheke nicht an Lager.

Mit Mouseover wird der Lagerbestand angezeigt für alle Packungsgrößen des Produkts.



Es kann ein Allergiecheck und ein Interaktionscheck mit den ausgewählten Medikamenten gemacht werden.

Mit Klick auf den Button Einfügen werden die mit einem Häkchen versehenen Medikamente und Einstellungen auf den Medikationsplan des Patienten übernommen.



Je nach Benutzereinstellung wird beim Hinzufügen der automatische Allergiecheck durchgeführt.

Medikament Neu

Medikamenten-Erfassung über den Button „Neu“ in der Toolbar:

Therapie: Neues
Medikament erfassen

Medikament - Neu

Interaktionen Allergiecheck Substitution Standarddosierung Compendium

KG-Eintrag Basisinformationen Dokumente

Typ Produkt

Bezeichnung Maxitr

Dosierung

Bemerkungen

Ab Datum 22.02.2016

Dauer in Tagen

Verordnet durch Praxis

Letzte Abgabe Keine

Memo intern

Kontakt 19.02.2016 11:40 - Konsultation

Diagnose Allgemeiner KG-Eintrag

Ausführender Arzt Messerli Andreas

Verantwortlicher Arzt Messerli Andreas

Übernehmen Speichern Abbrechen

Suche in triaMEDIndex - 1 Einträge gefunden

Compendium Filter (Alle)

Suchtext Maxitr Apotheke Suchen Erweitert

Pharmacode	GTIN-Code	Erfassungscode	Bezeichnung	Tarifnummer	Migel Code	Lagerbestand	Bestellt
0315293	7680315660101		MAXITROL Augensalbe 3.5 g	4xx		(kein Lagerartikel)	

Medikamente als Freitext

Medikamente können auch als Freitext erfasst werden, z.B. eigene Zubereitungen:

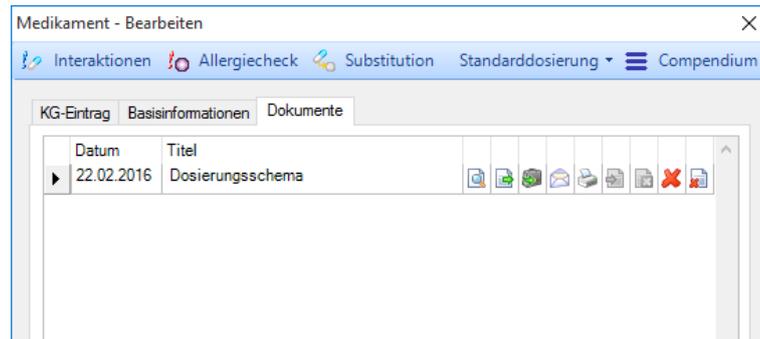
Medikamente können
auch als Freitext
erfasst werden

Typ	Bezeichnung	M	M	A	N	Bemerkungen	Ab Datum	Bis Datum	Tage
Freitext	Mixtura solvens popr. 200 ml					gemäss Schema	22.02.2016		
Produkt	Captosol Tabl 50 mg	1	1	1			14.03.2011		
Produkt	Daonil Tabl 5 mg	1	1	1			22.11.2012		
Produkt	Marcoumar Tabl 3 mg					gemäss Schema	01.02.2004		
Produkt	BACTRIM forte Tabl 800/160	1	1	1			23.11.2012		

Dokument pro Medikament

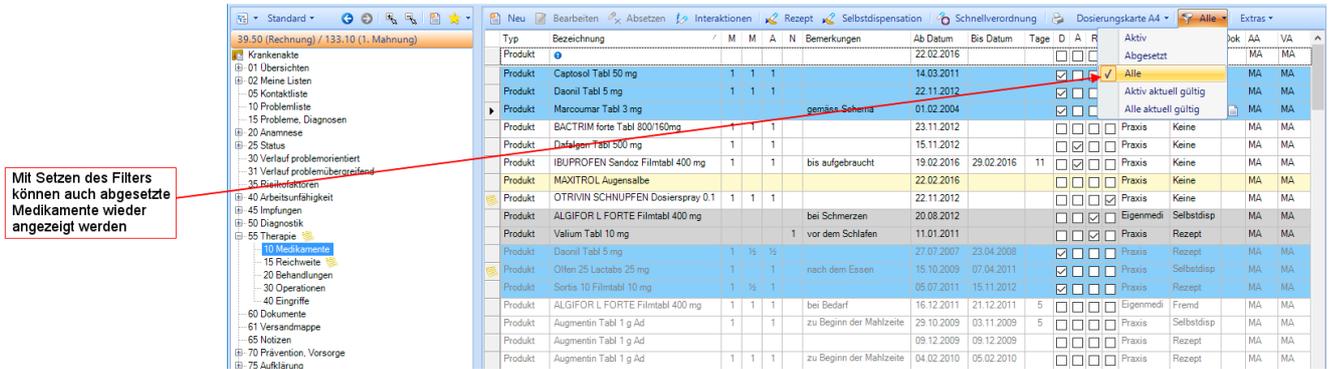
Der Therapieplan weist auch eine Spalte Dokumente auf. Pro Medikament können ein oder mehrere Dokumente angefügt werden (z.B. ein Dosierung-Schema).

Die Dokumente sind auch im Detailbildschirm ersichtlich:



Abgesetzte Medikamente anzeigen

Mit Setzen des entsprechenden Filters können abgesetzte (früher auf dem Therapieplan vorhandene) Medikamente auf dem Therapieplan weiterhin angezeigt werden:



Es können entweder alle (aktive und abgesetzte), nur die aktiven oder nur die abgesetzten Medikamente angezeigt werden.

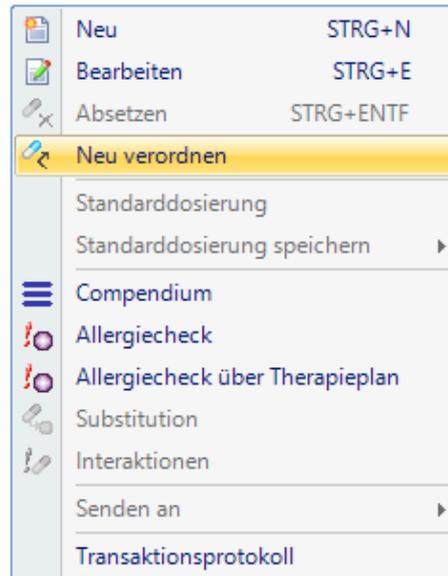
Die abgesetzten Medikamente werden grau durchscheinend angezeigt. Sobald Sie sich mit dem Maus-Cursor auf einem abgesetzten Medikament befinden, wird Ihnen eine Information zum Therapieende inkl. Datum und Absetzgrund im Tooltip angezeigt:

Produkt	Augmentin Tabl 1 g Ad	1
Produkt	Augmentin Tabl 1 g Ad	1
Produkt	Therapieende	1
Produkt	Datum: 05.02.2010	1
Produkt	Grund: Abgesetzt wegen Unverträglichkeit	1
Produkt	Bemerkung: Hautausschlag	1
Produkt	Augmentin Tabl 625 mg Ad	1

Abgesetzte Medikamente

neu verordnen

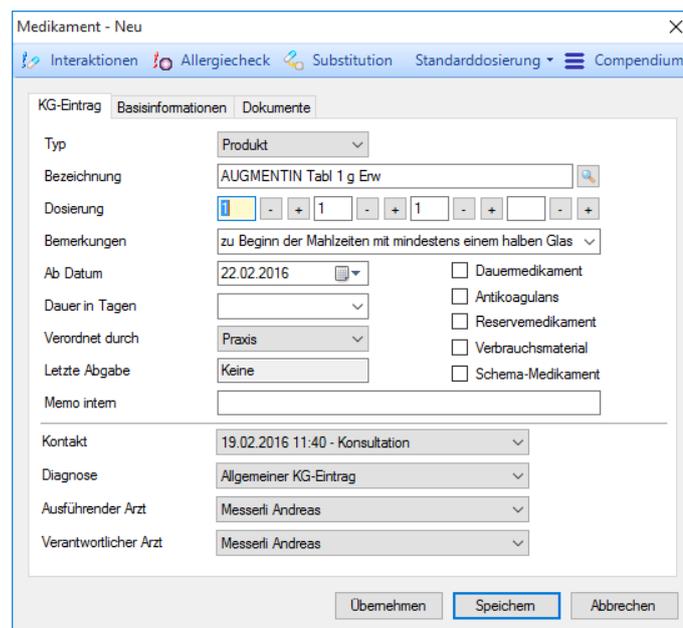
Die abgesetzten Medikamente können **per Rechtsklick auf den Zeilenanfang** auch **wieder erneut verordnet** werden:



Auch die übrigen aktiven Optionen im Kontextmenu (bei Rechtsklick) sind bei abgesetzten Medikamenten verfügbar (Allergiecheck, Compendium-Informationen etc).

Bei **Neuverordnung eines abgesetzten Medikaments** erscheint

das folgende Fenster, wobei das ausgewählte ehemalige Medikament bereits vorgeladen ist:



Die Daten können nach Wunsch noch angepasst werden; mit Klick auf „Speichern“ befindet sich das Medikament wieder auf dem Therapieplan.

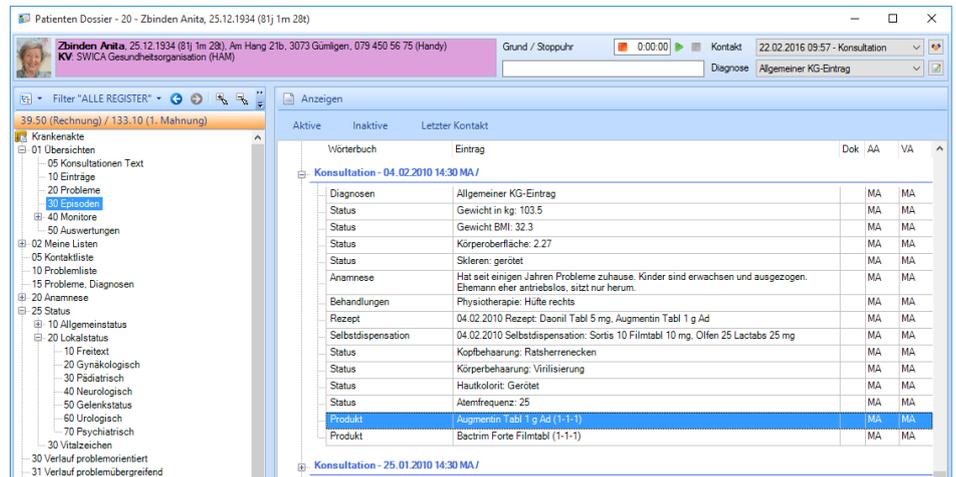
Automatisches Absetzen

Medikamente werden **standardmässig nach der verordneten Therapiedauer automatisch als Abgesetzt vom Therapieplan entfernt**. Sofern Sie dies nicht wünschen, können Sie dies in der Konfiguration einstellen (Extras-Konfiguration-Mandanteneinstellungen-KG-Therapie):

Sofern abgelaufene Therapien nicht automatisch abgesetzt werden sollen, muss das Häkchen entfernt werden.



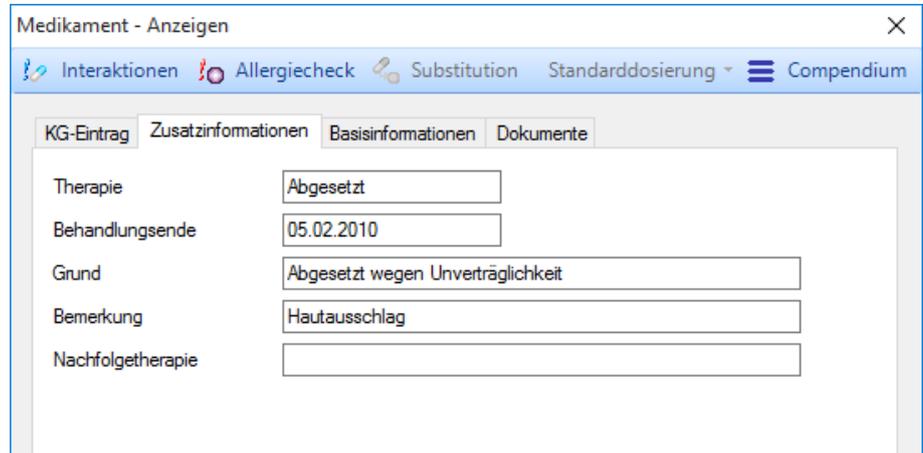
Abgesetzte Medikamente werden weiterhin auf den Übersichten **01 10 Einträge** und **01 30 Episoden** angezeigt:



Durch Doppelklick auf das Medikament können die **Detailinformationen** (z.B. Absetzgrund) eingesehen werden; vgl. folgende Seite.

Absetzgrund erfahren

Sofern Sie den Absetzgrund eines abgesetzten Medikaments erfahren wollen, machen Sie einen Doppelklick auf das entsprechende Medikament. Es erscheint das Detailfenster, wo Sie das Register „Zusatzinformationen“ wählen können:



Hier sehen Sie Informationen zum Status der Therapie, zum Behandlungsende, zum Absetzgrund sowie die Bemerkungen, die Sie beim Absetzen erfasst haben.

Der Tool Tip zeigt diese Information auch:

Produkt	Olfen 25 Lactabs 25 mg	1	1	nach dem Essen	1
Produkt	Sortis 10 Fil...				0
Produkt	ALGIFOR L			Bedarf	1
Produkt	Augmentin T			Beginn der Ma	2
Produkt	Augmentin Tabl...				0

Therapieende
Datum: 07.04.2011
Grund: Abgesetzt wegen Unverträglichkeit
Bemerkung: Magenbeschwerden

Absetzgründe auswerten

Wenn Sie **nähere Informationen zu Absetzgründen über einen längeren Zeitraum** erfahren möchten, können Sie sich die Liste „Abgesetzte Medikamente“ anzeigen lassen; diese können Sie auf einfache Weise nach Excel exportieren und dort nachbearbeiten und analysieren.

Dazu gehen Sie über den Hauptknopf von triaMED (links oben)-> über Statistik/Listen-> Listen-> und wählen „Abgesetzte Medikamente“. Wählen Sie den gewünschten Zeitraum

Erstellen Rezept

Nach Neuerfassung der Medikamente auf dem Therapieplan klickt man auf „Rezept“ -> alle Medikamente werden geladen zur Auswahl; neu erfasste sind automatisch schon mit Häkchen versehen:

Bemerkungen zum ganzen Rezept können hier erfasst werden

Es können direkt auf dem Rezeptschirm neue Medikamente erfasst werden

A	Bezeichnung	M	M	A	N	Bemerkungen	Ab Datum	Bis Datum	Tage	Stk	Gröss	Preis	VC	20	Sic!	Gültig während	Bemerkung zur Re
<input type="checkbox"/>	Captosol Tabl 50	1	1	1			14.03.2011			1	100	56.80	SL				
<input type="checkbox"/>	Daonil Tabl 5 mg	1	1	1			22.11.2012			1	100	19.45	SL				
<input type="checkbox"/>	Marcoumar Tabl					gemäss Schema	01.02.2004			1	100	27.80	SL				
<input checked="" type="checkbox"/>	AUGMENTIN Tab	1	1	1	1	zu Beginn der Ma	22.02.2016			1	12	43.10	SL				
<input type="checkbox"/>	IBUPROFEN San	1	1	1		bis aufgebraucht	19.02.2016	29.02.2016	11	1	20	7.90	SL				
<input checked="" type="checkbox"/>	MAXITROL Auge						22.02.2016			1	4	15.15	SL				
<input type="checkbox"/>	OTRIVIN SCHNU	1	1	1			22.11.2012			1	10	0.00	NL				
<input type="checkbox"/>	ALGIFOR L FOR					bei Schmerzen	20.08.2012			1	10	0.00	NL				
<input type="checkbox"/>	Valium Tabl 10 m				1	vor dem Schlafen	11.01.2011			1	25	9.75	SL				

Bemerkungen zum Rezept:

Nebst **Bemerkungen zur Posologie und zur Rezeptzeile** können auch **Bemerkungen zum ganzen Rezept** erfasst werden:

Dr. med. Andreas Messerli
 Facharzt FMH für Allgemeinmedizin
 Mustergasse 11
 3011 Bern
 EAN 7601000092786
 ZSR 9310.01
 Telefon 058 851 26 00
 e-Mail info@triamun.ch

triaMED

Rezept

Zbinden Anita, geb. 25.12.1934, Am Hang 21b, 3073 Gümligen BE

1x [100] Marcoumar Tabl 3 mg
 gemäss Schema

Rezept gültig bis: Nichtwiederholbar

1x [100] Captosol Tabl 50 mg
 1-1-1 während 2092 Tag(en)

Rezept gültig bis: 22.02.2017 / Wiederholbar 12 Monate

Bemerkungen zum Rezept:
 Bitte sämtliche Medikamente im verschlossenen Plastiksack mitgeben

Bemerkung zum ganzen Rezept

Medikamenten-Neuerfassung
Direkt auf Rezept:

Medikamente können auch direkt auf dem Rezept- oder dem Selbstdispensationsbildschirm neu erfasst werden: Auf Button Rezept/Selbstdispensation klicken. Auf dem Rezept können Medikamente direkt neu erfasst werden (vgl. oben). Diese werden auf dem Rezept gedruckt und gleichzeitig auch auf den Therapieplan übertragen. Es sind also keine Doppelerfassungen nötig.

Rezeptdruck:

Es ist möglich, das Rezept oder Dosierungskarten in verschiedenen Formaten auszudrucken.



Rezept:



Dr. med. Andreas Messerli
 Facharzt FMH für Allgemeinmedizin
 Mustergasse 11
 3011 Bern
 EAN 7601000092786
 ZSR 9310.01
 Telefon 058 851 26 00
 e-Mail info@triamun.ch





Rezept

Zbinden Anita, geb. 25.12.1934, Am Hang 21b, 3073 Gümligen BE

1x [100] Marcoumar Tabl 3 mg
 gemäss Schema
 Rezept gültig bis: Nichtwiederholbar

1x [100] Captosol Tabl 50 mg
 1-1-1 während 2092 Tag(en)
 Rezept gültig bis: 22.02.2017 / Wiederholbar 12 Monate

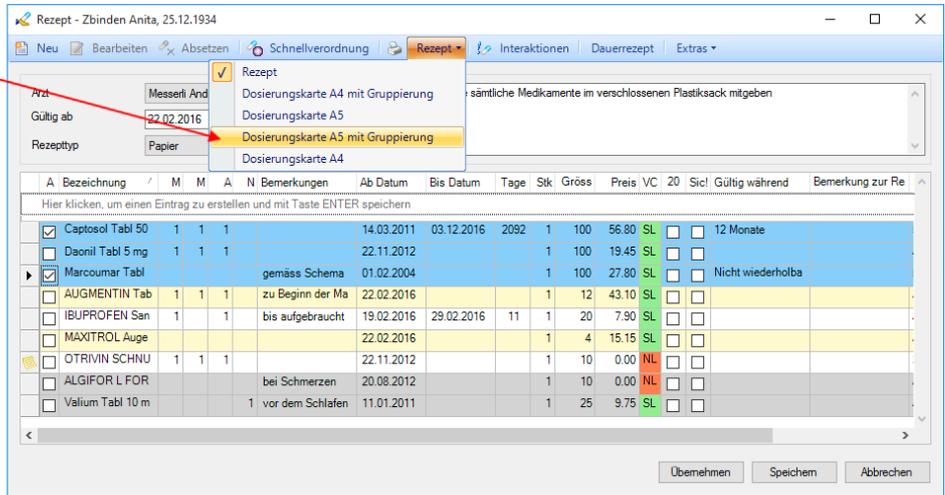
Bemerkungen zum Rezept:
 Bitte sämtliche Medikamente im verschlossenen Plastiksack mitgeben

2D Barcode
 (QR Code)

Auf jedem Papierrezept wird ein 2D Barcode (QR Code) mit den Rezeptinformationen aufgedruckt, damit diese von Apotheken eingelesen werden können.

Druck von Rezept oder Dosierungskarten:

Rezept und Dosierungskarte können sofort gedruckt werden



Dosierungskarten lassen sich mit Gruppierung der Medikamente (D, R, AK, V) oder ohne ausdrucken.

Dosierungskarte gruppiert:

triaMED[®] Medikationsplan
Zbinden Anita

Dr. med. Messerli Andreas

Medikationsplan für Frau Zbinden Anita, 25.12.1934, Am Hang 21b, 3073 Gümligen
 Dr. med. Andreas Messerli - 3073 Gümligen
 Tel. 031 950 26 00

Dauermedikamente	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Dauer	Bemerkungen
Captosol Tabl 50 mg	1	1	1		ab 14.03.2011 bis 03.12.2016	
Daonil Tabl 5 mg	1	1	1		ab 22.11.2012	
Marcoumar Tabl 3 mg					ab 01.02.2004	gemäss Schema
Reservemedikamente	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Dauer	Bemerkungen
ALGIFOR L FORTE Filmtabl 400 mg					ab 20.08.2012	bei Schmerzen
Valium Tabl 10 mg				1	ab 11.01.2011	vor dem Schlafen

Für die **Medikamenten- Neuerfassung** gibt es also grundsätzlich 2 Möglichkeiten:

- über Therapieplan
- über Rezept/Selbstdispensation

Medikamentenerfassung

Erfassen der Medikamente **auf dem Therapieplan**, Klick auf Rezept -> alle Medikamente werden geladen zur Auswahl, neu erfasste sind automatisch mit Häkchen versehen.

Auf Button Rezept/Selbstdispensation klicken. Auf dem Rezept oder dem Bildschirm Selbstdispensation können Medikamente direkt neu erfasst werden. Diese werden auf dem Rezept gedruckt und gleichzeitig auch auf den Therapieplan übertragen.

Medikamente-Memo intern: Zu einem verordneten Medikament kann ein **internes Memo** (persönliche Notiz) erstellt werden:

Memo intern

Icon Memo intern: Sofern im Feld „Memo intern“ bei einem Medikament auf dem Therapieplan ein Eintrag erfasst wurde, wird vor dem Produktnamen ein spezielles Icon angezeigt, um auf das existierende Memo hinzuweisen:

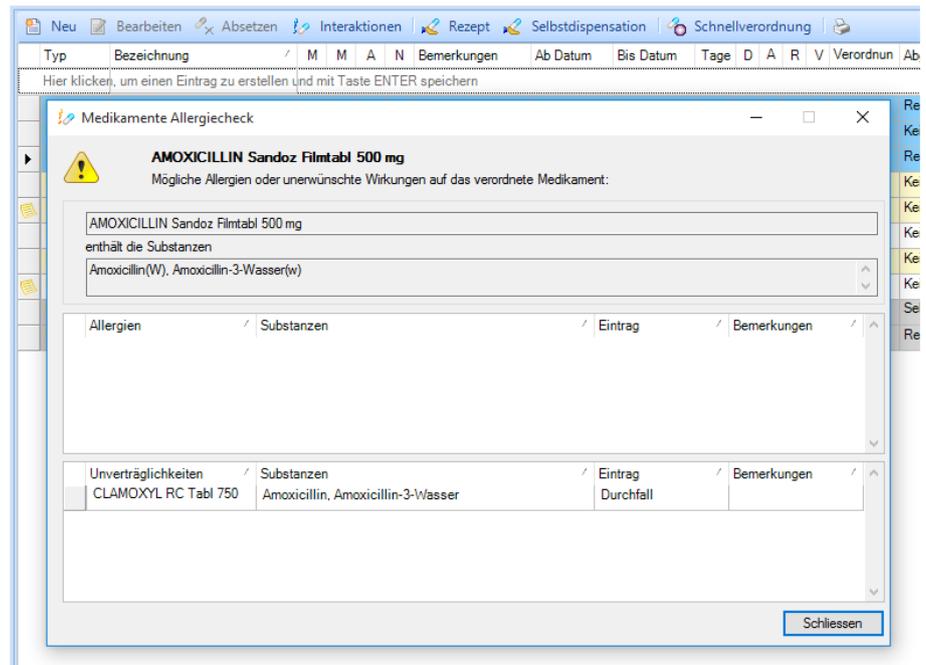
Typ	Bezeichnung	M	M	A	N	Bemerkungen	Ab Datum	Bis Datum
Hier klicken, um einen Eintrag zu erstellen und mit Taste ENTER speichern								
Produkt	Captosol Tabl 50 mg	1	1	1			14.03.2011	03.12.20
Produkt	Daonil Tabl 5 mg	1	1	1			22.11.2012	
Produkt	Marcoumar Tabl 3 mg					gemäss Schema	01.02.2004	
Produkt	AUGMENTIN Tabl 1 g Erw	1	1	1		zu Beginn der Ma	22.02.2016	
	Produkt EFEXOR ER Kaps 150 mg	1		2		unverdünn	22.02.2016	
Produkt	IBUPROFEN Sandoz Filmtabl	1		1		bis aufgebraucht	19.02.2016	29.02.20
Produkt	MAXITROL Augensalbe						22.02.2016	
	Produkt OTRIVIN SCHNUPFEN Dosi	1	1	1			22.11.2012	
Produkt	ALGIFOR L FORTE Filmtabl					bei Schmerzen	20.08.2012	
Produkt	Valium Tabl 10 mg				1	vor dem Schlafen	11.01.2011	

Allergiecheck

Bei der Medikamentenerfassung (oder auch später) kann ein Allergie- oder Interaktionscheck durchgeführt werden. Dazu ist zwingend eine aktive Internet-Verbindung nötig.

Der Allergiecheck reagiert auf den Medikamenten-Wirkstoff. Mögliche Allergien werden bereits bei Eingabe auf der Schnellerfassungszeile geprüft, bevor die Speicherung auf dem Therapieplan erfolgt:

Die Relevanz der Interaktion wird neu farblich dargestellt.



Substitutionsvorschläge

Über das Kontextmenü (rechte Maustaste auf markiertes Medikament) können Compendium-Informationen zum betreffenden Medikament sowie Substitutionsvorschläge abgerufen werden u.v.m.:

Rechtsklick auf das verordnete Medikament öffnet Kontextmenü mit wichtigen Funktionen

Abruf von Compendium-Informationen zum verordneten Medikament

Aufruf von Compendium(e-mediat) - kann auch über "Extras" aufgerufen werden.

Abruf von Substitutionsvorschlägen zum verordneten Medikament

The screenshot shows a patient dossier for Anita Zbinden. The medication list includes:

Typ	Bezeichnung	M	M	A	N	Bemerk
Produkt	AMOXICILLIN Sandoz Filmta					
Produkt	Captosol Tabl 50 mg	1	1	1		
Produkt	Daonil Tabl 5 mg	1	1	1		
Produkt	Marcoumar Tabl 3 mg					gemäß
Produkt	AUGMENTIN Tabl 1 g Erw	1	1	1		zu Beg
Produkt	EFFONER Kaps 150 mg	1	2			unverd
		1	1	1		bis auf
						bei Sch
					1	vor der

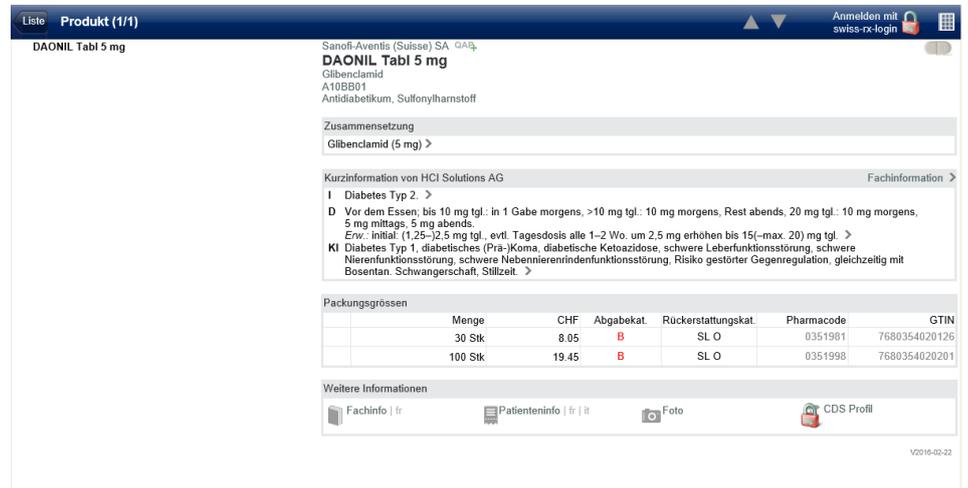
The context menu for 'AUGMENTIN Tabl 1 g Erw' contains the following options:

- Neu (STRG+N)
- Bearbeiten (STRG+E)
- Absetzen (STRG+ENTF)
- Neu verordnen
- Standarddosierung
- Standarddosierung speichern
- Compendium
- Allergiecheck
- Allergiecheck über Therapieplan
- Substitution
- Interaktionen
- Senden an
- Transaktionsprotokoll

Compendium

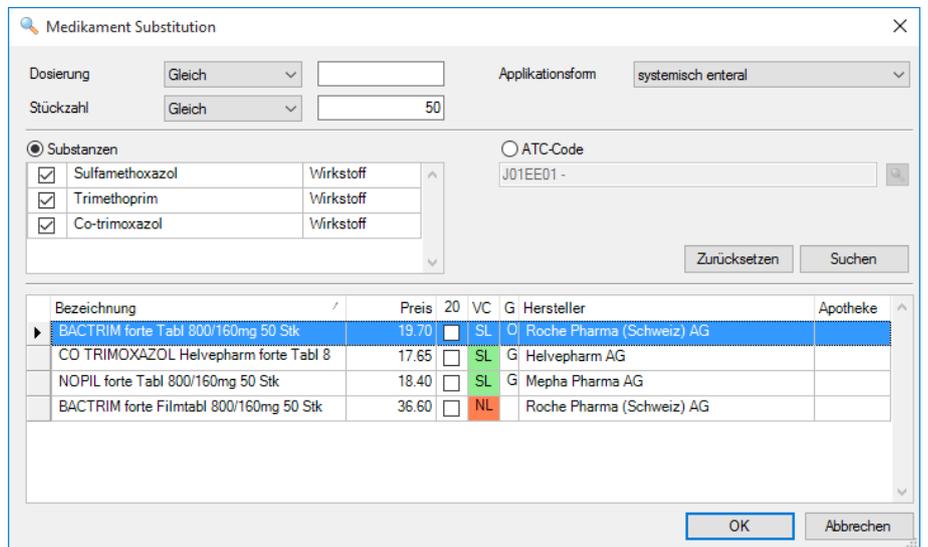
Über rechte Maustaste und „Compendium“ können vielfältige Medikamenten-Informationen via eine Website von e-mediat abgerufen werden, inkl. Angaben zu galenischen Formen, Bilder der Medikamentenpackungen und einzelnen galenischen Form und vieles mehr

Dies erfordert das Abonnement über triaMED mit Hinterlegung von Benutzernamen und Passwort für den entsprechenden EAN-Nummern-Besitzer unter → Konfiguration; Allgemein; triaMEDOnlineServices.



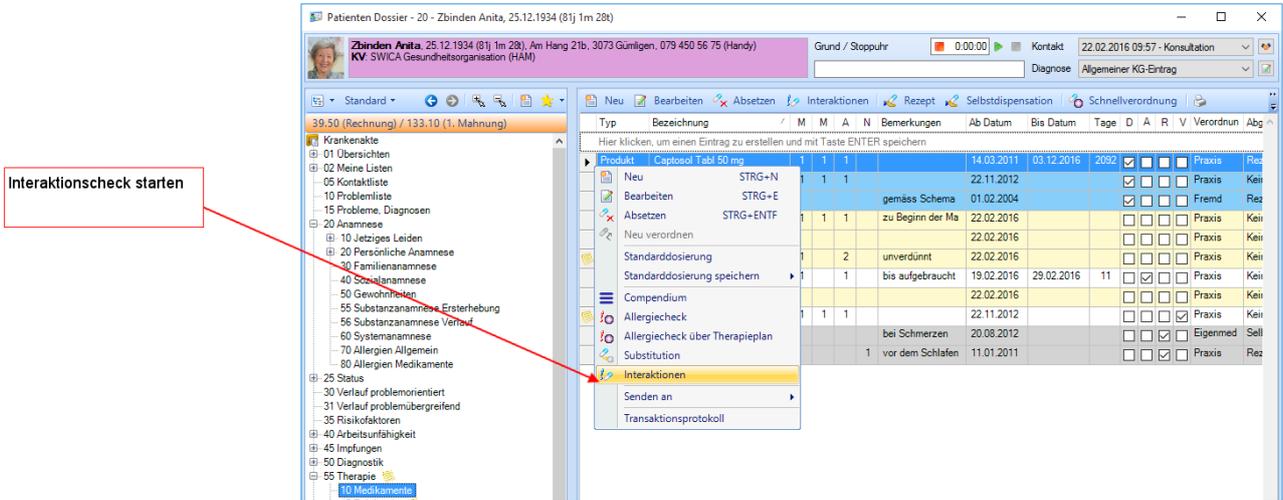
Substitutionsvorschlag

Das System schlägt mehrere mögliche Alternativmedikamente vor, die direkt übernommen werden können:



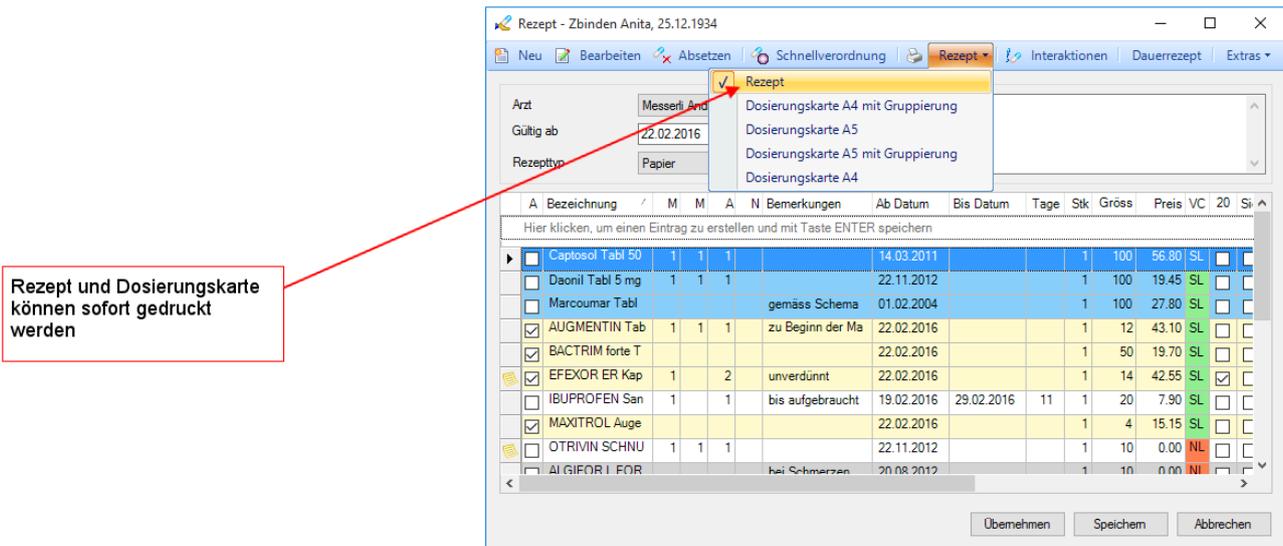
Interaktionscheck

Bei Erfassung mehrerer Medikamente kann vor Abgabe ein Interaktionscheck erfolgen. Dazu ist zwingend eine aktive Internet-Verbindung nötig:



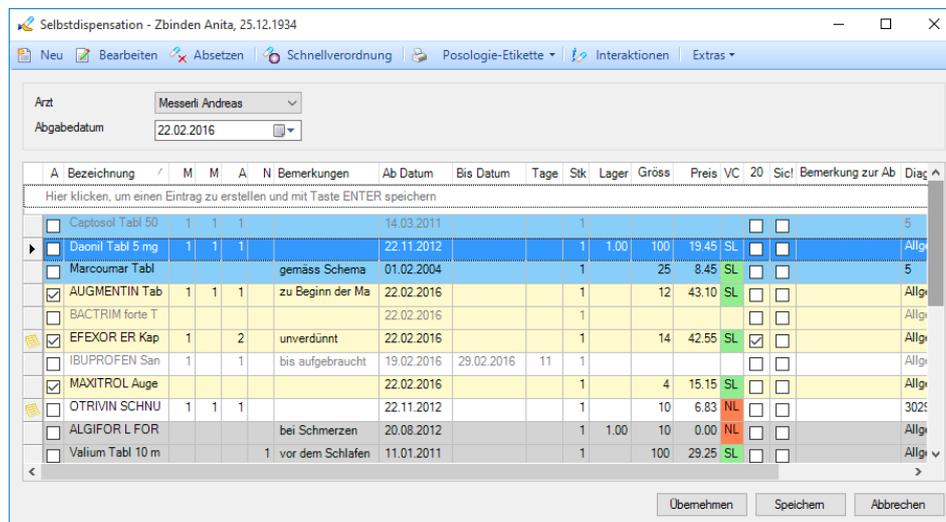
Rezept

Medikamente können sowohl rezeptiert als auch als Selbstmedikation erfasst werden. Es ist möglich, das Rezept oder Dosierungskarten in verschiedenen Formaten auszudrucken



Selbstdispensation

Wenn das Medikament selber dispensiert wird, kann die Posologie-Etikette gedruckt und aufgeklebt werden.



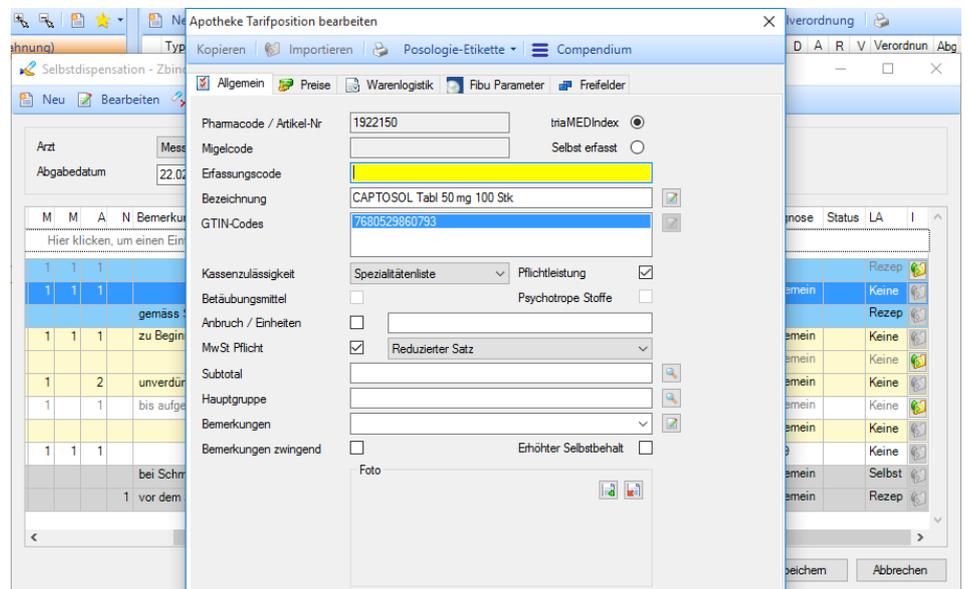
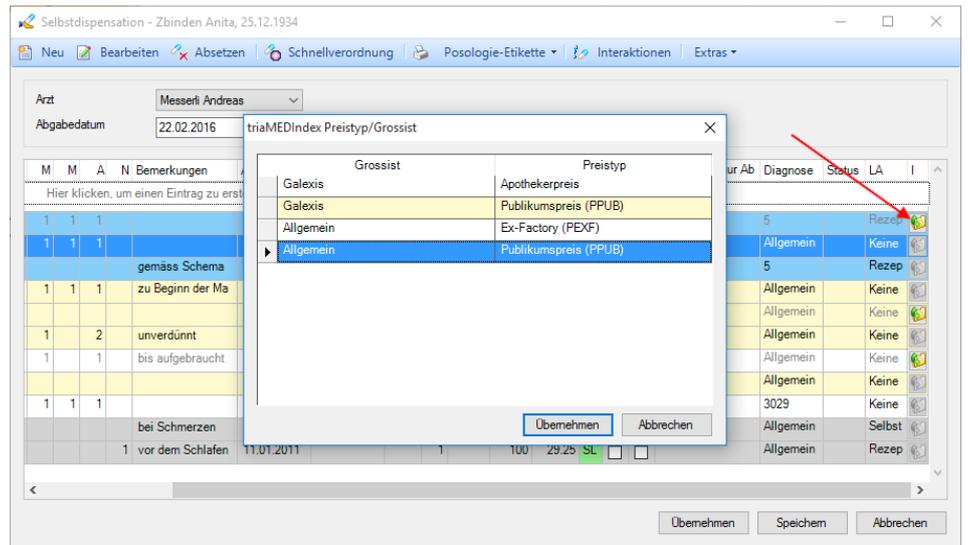
Im Fenster **Selbstdispensation** können nur Produkte aus „Stammdaten Apotheke“ ausgewählt werden; d.h. **die in der eigenen Praxisapotheke verfügbaren / vorhandenen Medikamente**. Die gewünschte Packungsgrösse kann in der Spalte „Grösse“ festgelegt werden, wobei nur die in der triaMED-Apotheke (Praxisapotheke) erfassten Packungsgrössen angezeigt werden (also diejenigen, die auch physikalisch in der Apotheke verfügbar sind). Auf diese Weise wird die Verrechnungsmöglichkeit der selber abgegebenen Medikamente sichergestellt.

Fazit: Alle in der physikalischen Apotheke der Praxis gelagerten und verfügbaren Medikamenten-Packungen sowie das ganze Verbrauchsmaterial muss in der triaMED- Apotheke erfasst sein. Nur so ist eine Dokumentation der Abgabe durch die eigene Praxis in der eKG sowie Verrechnung möglich.

Direkte Medi-Aufnahme in Apotheke

Im Selbstdispensationsfenster erscheinen Medikamente, die im Apothekenstamm noch nicht aufgenommen worden sind, grau hinterlegt und sind für die Dispensation gesperrt (Erklärung dazu vgl. oben).

Diese Medikamente können jedoch auf einfache Weise direkt in den Apothekenstamm übertragen werden. Dazu klicken Sie auf das Icon rechts am Ende der entsprechenden Medikamentenzeile. Es erscheint dann das Fenster Preistyp und danach „Apotheke Tarifposition“ zur Aufnahme des Medikamentes in die Apotheke:

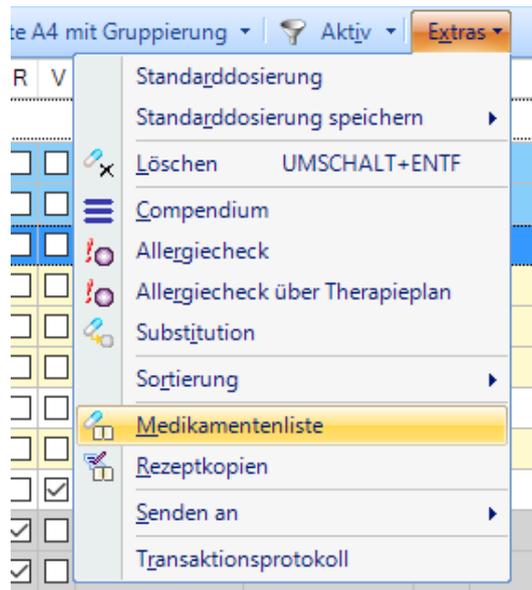


Hierauf verschwindet die Sperrung und die Dispensation wird ermöglicht.

Medikamentenliste

Die Medikamentenliste stellt einen Zusammenschluss aller je abgegebenen oder verordneten Medikamente des Patienten dar.

Klicken Sie auf 55-10 unter „Extras“ auf „Medikamentenliste“:



Dosierungs-History

Durch Klick auf „Dosierungen“ erhält man eine detaillierte Dosierungs-History jedes Medikamentes:

The screenshot shows a window titled 'Medikamentenliste - Zbinden Anita, 25.12.1934'. The 'Dosierungen' tab is active, showing a table of medication dosages. A red arrow points to the 'Dosierungen' tab.

Typ	Bezeichnung	Erste Abgabe	Letzte Abgabe
Produkt	ALGIFOR L FORTE Filmtabl 400 mg	09.12.2011	20.11.2012
Produkt	Augmentin Tabl 1 g Ad	29.10.2009	23.02.2010
Produkt	Augmentin Tabl 625 mg Ad	08.05.2008	10.09.2011
Produkt	Aziclav Tabl 625 mg	12.08.2008	12.08.2008
Produkt	Bactrim Forte Filmtabl	28.11.2007	09.12.2011

Mehrfacherfassung

Medikamente:

Abhängig von der Parametrierung können Medikamente im Therapieplan mehrfach erfasst werden. Auf dem Therapieplan kann neu auch ein „bis Datum“ erfasst werden. Interaktionsprüfung, Reports, Übersichts-, Berichtfelder und Reichweitenschirm sind dann entsprechend angepasst.

The screenshot shows a detailed medication list table with columns for 'Typ', 'Bezeichnung', 'M', 'M', 'A', 'N', 'Bemerkungen', 'Ab Datum', 'Bis Datum', 'Tage', 'D', 'A', 'R', 'V', 'Verordnun', 'Abgabe', 'Dok', 'AA', and 'VA'. A red arrow points to the 'Bis Datum' column.

Typ	Bezeichnung	M	M	A	N	Bemerkungen	Ab Datum	Bis Datum	Tage	D	A	R	V	Verordnun	Abgabe	Dok	AA	VA
Produkt	Captosol Tabl 50 mg	1	1	1			14.03.2011			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Rezept		MA	MA
Produkt	Daonil Tabl 5 mg	1	1	1			22.11.2012			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	Marcoumar Tabl 3 mg					gemäss Schema	01.02.2004			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fremd	Rezept		MA	MA
Produkt	AUGMENTIN Tabl 1 g Erw	1	1	1		zu Beginn der Ma	22.02.2016			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	BACTRIM forte Tabl 800/160						22.02.2016			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	EFFEXOR ER Kaps 150 mg	1	1	2		unverdünt	22.02.2016			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	IBUPROFEN Sandoz Filmtabl	1	1			bis aufgebraucht	19.02.2016	29.02.2016	11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	MAXITROL Augensalbe						22.02.2016			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	OTRIVIN SCHNUPFEN Dosi	1	1	1			22.11.2012			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	ALGIFOR L forte Filmtabl 400	1	1	1		bei Fieber	22.02.2016			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Keine		MA	MA
Produkt	ALGIFOR L FORTE Filmtabl					bei Schmerzen	20.08.2012			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eigenmed	Selbstdisp		MA	MA
Produkt	Valium Tabl 10 mg					vor dem Schlafen	11.01.2011			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praxis	Rezept		MA	MA

Elektronisches Rezept

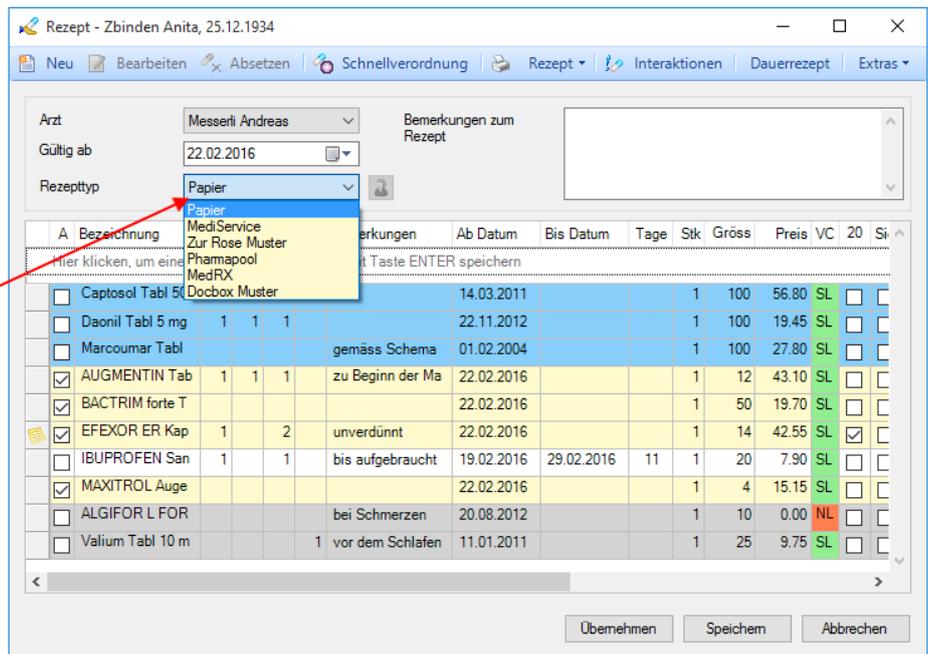
Rezepte können elektronisch an bestimmte Versandapotheken übermittelt werden.

Im Folgenden werden elektronische Rezepte auch „e-Rezept“ oder „eRx“ genannt (letzteres gemäss Abkürzung OFAC).

Aktuell werden eRx Übermittlungen unterstützt an:

- docbox
- MediService
- Pharmapool
- zur Rose

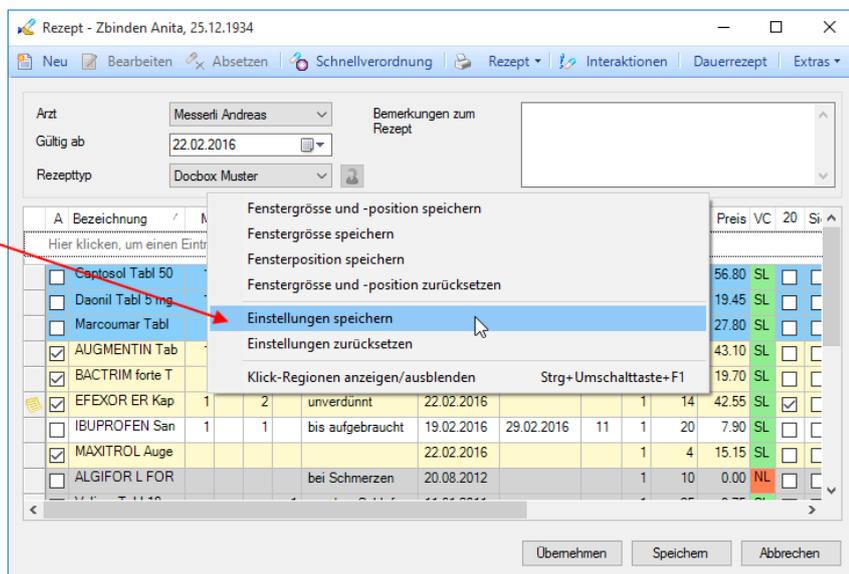
Auswahl eRx Schnittstelle



Es werden nur die Übermittlungsmöglichkeiten angezeigt, für die auch die entsprechenden Schnittstellen eingerichtet sind.

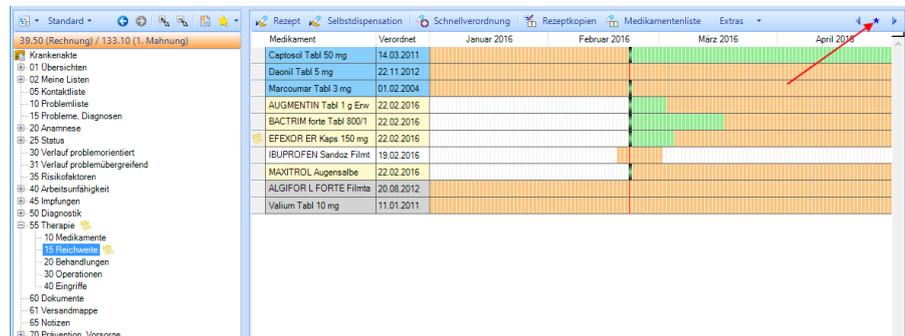
Der meistverwendete Rezepttyp kann mittels „Einstellungen speichern“ als Standard hinterlegt werden.

Rezepttyp mit rechter Maustaste und Wahl "Einstellungen speichern" als Standard hinterlegen

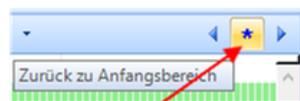


Reichweite:

Unter **Navigationspunkt 55 15** „Reichweite“ wird die Reichweite der rezeptierten oder abgegebenen Medikamente gemäss der jeweilig festgesetzten Dosierung grafisch auf einem Zeitstrahl angezeigt:



Es wird eine Zeitspanne von 4 Monaten angezeigt (Minus 1 / Plus 3 Monate, ausgehend vom aktuellen Datum) Mit den Pfeiltasten (vgl. obiges Bild, Pfeil) kann monatsweise vor- und zurückgeblättert werden:

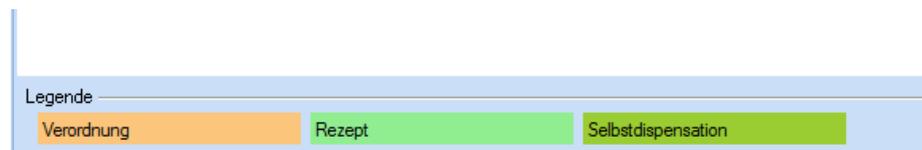


Klick auf den Stern: Zurück zur Default- Ansicht.

Der Bildschirm hat rein informativen Charakter; die Anzeige basiert auf der medikamentösen **Therapie des aktuellen Therapieplans** (Bildschirm 55 10). Ehemalige medikamentöse Behandlungen, die abgesetzt wurden und nicht auf dem Therapieplan stehen, können zur Zeit nicht auf diese Weise dargestellt werden.

Reichweite-Farben:

Die Farben auf dem Zeitstrahl haben folgende Bedeutung:



- Grün: rezeptiert
- Olivgrün: selbstdispensiert
- Gelb-orange: verordnet, aber weder rezeptiert noch dispensiert (d.h. der Patient hat keine Medikamente (mehr), sollte diese aber im dargestellten Zeitraum einnehmen)
- Tagesmarkierung: Rezept- oder Abgabedatum

Das **aktuelle Datum (Heute)** wird mit einem senkrechten roten Doppelstrich markiert.

Allfällige Medikamentenabgaben zur gleichen Zeit werden dadurch farblich überdeckt

Reichweite: Regeln: **Dauerrezepte:**

Für sämtliche Medikationsarten (Reserve- Dauer- und andere Medikamente) wird die Reichweite mit der Gültigkeitsdauer des Rezeptes angezeigt (hier z.B. Condrosulf):

Medikament	Verordnet	Januar 2016	Februar 2016	März 2016
Captosol Tabl 50 mg	14.03.2011			
CONDROSULF Tabl 800 mg	22.02.2016			
Daonil Tabl 5 mg	22.11.2012			
AUGMENTIN Tabl 1 g Erw	22.02.2016			
BACTRIM forte Tabl 800/160mg	22.02.2016			
EFEXOR ER Kaps 150 mg	22.02.2016			
IBUPROFEN Sandoz Filmtabl 400 mg	19.02.2016			
ALGIFOR L FORTE Filmtabl 400 mg	20.08.2012			
Valium Tabl 10 mg	11.01.2011			

Cave: Die Angabe im **Tooltip** liefert immer den aktuellen Wert in „letzte Abgabe“ (hier für Condrosulf):

Medikament	Verordnet	Januar 2016	Februar 2016	März 2016	April 2016
Captosol Tabl 50 mg	14.03.2011				
CONDROSULF Tabl 800 mg	22.02.2016				
Daonil Tabl 5 mg	22.11.2012				
Marcoumar Tabl 3 mg	01.02.2004				
AUGMENTIN Tabl 1 g Erw	22.02.2016				
BACTRIM forte Tabl 800/160mg	22.02.2016				
EFEXOR ER Kaps 150 mg	22.02.2016				
IBUPROFEN Sandoz Filmtabl 400 mg	19.02.2016				
MAXITROL Augensalbe	22.02.2016				
ALGIFOR L FORTE Filmtabl 400 mg	20.08.2012				
Valium Tabl 10 mg	11.01.2011				

Trotz der hellgrünen Farbe kann also im Tooltip als letzte Abgabe „Selbstdispensation“ stehen (in diesem Falle ist gleichzeitig noch ein gültiges Dauerrezept vorhanden; dies kann unter Rezeptkopien nachgeprüft werden) :

Angabe in „Rezeptkopien“:

A	Bezeichnung	M	M	A	N	Bemerkungen	Ab Datum	Bis Datum	Tage	Stk	Grös	Preis	VC	20	Sic!	Gültig während
<input checked="" type="checkbox"/>	CONDROSULF T					1x täglich 1 Tab.	22.02.2016			1	90	69.20	SL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Monate
<input checked="" type="checkbox"/>	Daonil Tabl 5 mg	1	1	1			22.11.2012			1	100	19.45	SL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht wiederholba
<input checked="" type="checkbox"/>	IBUPROFEN San	1				bis aufgebraucht	19.02.2016	29.02.2016		11	1	20	7.90	SL	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	ALGIFOR L FOR					bei Schmerzen	20.08.2012			1	10	0.00	NL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Monate

Reichweite: Reservemedi: **Reservemedikamente:**

Bei rezeptierten und selbstdispensierten Medikamenten, die nur in Reserve eingenommen werden sollen, wird nur das Rezept- oder Abgabedatum auf dem Zeitstrahl markiert, da keine sinnvolle Berechnung der Reichweite gemacht werden kann:

EFEXOR ER Kaps 150 mg	02.02.2016				
-----------------------	------------	--	--	--	--

Andere verordnete Medikamente:

Wo möglich wird die Reichweite berechnet und bis zum letzten Datum grafisch als Balken angezeigt.

- Erfolgt ein neues Rezept oder eine erneute Medikamentenabgabe bevor dem Patienten die Medikamente ausgehen, wird die Zeitdauer kumuliert angezeigt.
- Fehlt eine Dosierungsangabe, so wird dies im Tooltip angezeigt: „Fehlende Dosierungsangaben“.
- Bei Medikamenten, die keine Stückzahlangabe haben (Salben, Flüssigkeiten etc), wird nur das Rezept- oder Abgabedatum angegeben und im Tooltip wie folgt erwähnt:
- „Packungseinheit lässt keine Reichweitenanzeige zu“.



Reichweite-Tooltip:

Tooltip:

Im Tooltip wird folgendes angezeigt:

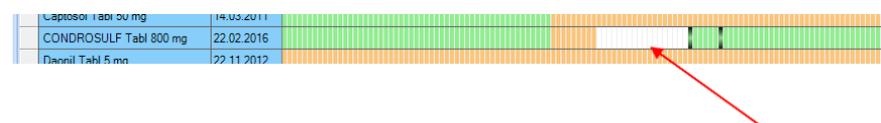
- Das Datum der Spalte, auf der sich der Mauszeiger befindet
- Die Verordnung von – bis (sofern festgelegt)
- Datum und Menge der letzten Rezeptierung oder Medikamentenabgabe bei Selbstdispensation
- Reichweite mit Datum des letzten Tages
- Aktuelle Dosierung

Reichweite-Spezialfälle

Spezialfälle:

Wird bei laufender Behandlung (z.B. Rezept für 1x 20Tabl.) ein Dauerrezept abgegeben, so wird die Berechnung abgebrochen und die Zeitdauer des Dauerrezeptes angezeigt. Folgt später eine neue Abgabe (z.B. 1x20 Tabl), so wird die Reichweite mit dieser Menge neu berechnet

Wenn die Verordnung unterbrochen wurde, wird der Bereich vom Absetzdatum bis zum Wiederverordnungs-Datum weiss angezeigt:



Reichweite-Abgabevorschlag

Auf dem Reichweitschirm ist auch die Funktionalität ‚Abgabevorschlag‘ implementiert.

Verhalten:

Es wird unterschieden nach den folgenden Kriterien:

1. **Dauerrezept**
Es wird kein Abgabevorschlag gemacht
2. **Selbstdispensation / Rezept**
Hier wird immer anhand des letzten Abgabetyps vorgeschlagen. Wurde bisher keine Abgabe gemacht, wird der AbgabeTyp Rezept gewählt. Dies hat Einfluss auf die Packungen. Das heisst, wenn die letzte Abgabe eine Selbstdispensation war, werden alle Packungen des Medikamentes aus der eigenen Apotheke genommen.
Bei Rezepten oder keiner Abgabe, werden die Packungseinheiten aus dem triaMEDIndex genommen.
 - **Dauermedikation**
_Es wird immer x mal die grösste Packungseinheit vorgeschlagen
Beispiel: Benötigte Menge 150 → Grösste Packung 100 Stk. → Vorschlag 2x [100]
 - **Freitext Medikament**
_Es wird kein Abgabevorschlag gemacht
 - **Alle Anderen**
_Es wird immer versucht, anhand der Menge grösstmögliche Packungen zu nehmen
Beispiel: Benötigte Menge 122 → Vorschlag 1 x [100]; 1 x [25] (Bei Packungseinheiten von 100, 25, 10)
3. **Ausnahmen**
Kein Abgabevorschlag wird in folgenden Fällen gemacht:
_Fehlende Dosierung
_Packungseinheit in ml, g, usw. → Keine Berechnung möglich, wenn nicht in Stk.

Dauerrezept

Medikament	Verordnet	Januar 2016	Februar 2016	März 2016	April 2016
Captosol Tabl 50	14.03.2011				
CONDROSULF T	22.02.2016				
Daonil Tabl 5 mg	22.11.2012				
Marcoumar Tabl	01.02.2004				
AUGMENTIN Ta	22.02.2016				
BACTRIM forte T	22.02.2016				

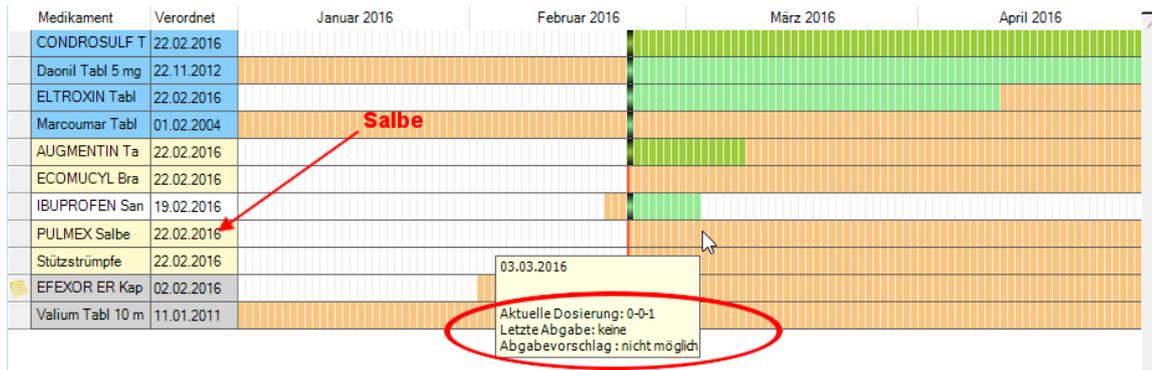
03.03.2016
Aktuelle Dosierung: 1-1-1
Letzte Abgabe: Dauerrezept
22.02.2016 Dauerrezept für 12 Monat(e)

Dauermedikation

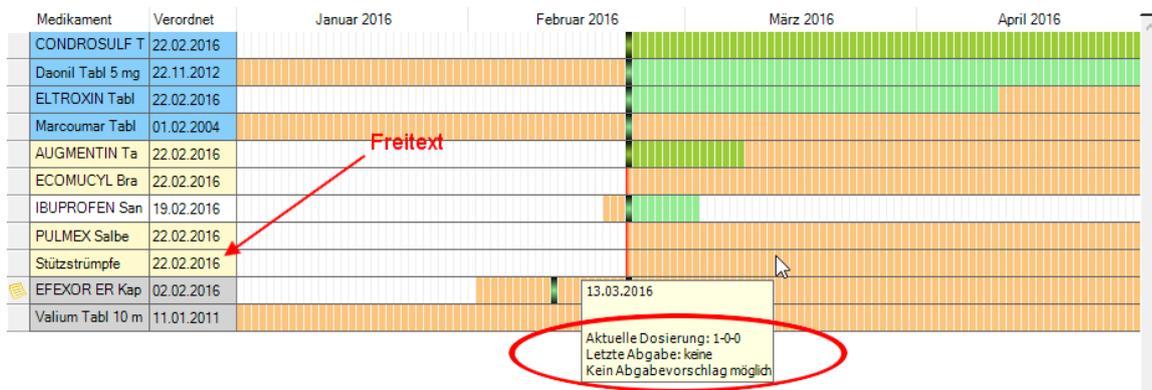
Medikament	Verordnet	Januar 2016	Februar 2016	März 2016	April 2016
Captosol Tabl 50	14.03.2011				
CONDROSULF	22.02.2016				
Daonil Tabl 5 mg	22.11.2012				
ELTROXIN Tabl	22.02.2016				
Marcoumar Tabl	01.02.2004				
AUGMENTIN Ta	22.02.2016				
BACTRIM forte T	22.02.2016				
IBUPROFEN Sa	19.02.2016				
MAXITROL Aug	22.02.2016				

24.04.2016
Aktuelle Dosierung: 1-0-1
Letzte Abgabe: Rezept
Benötigte Menge: 26
Abgabevorschlag: 1x[100](Dauermedikation)

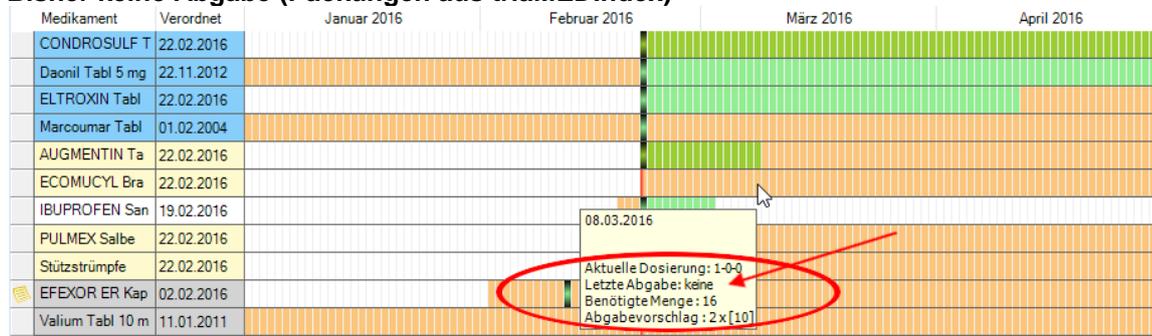
Packungseinheit in ml, gr, usw.



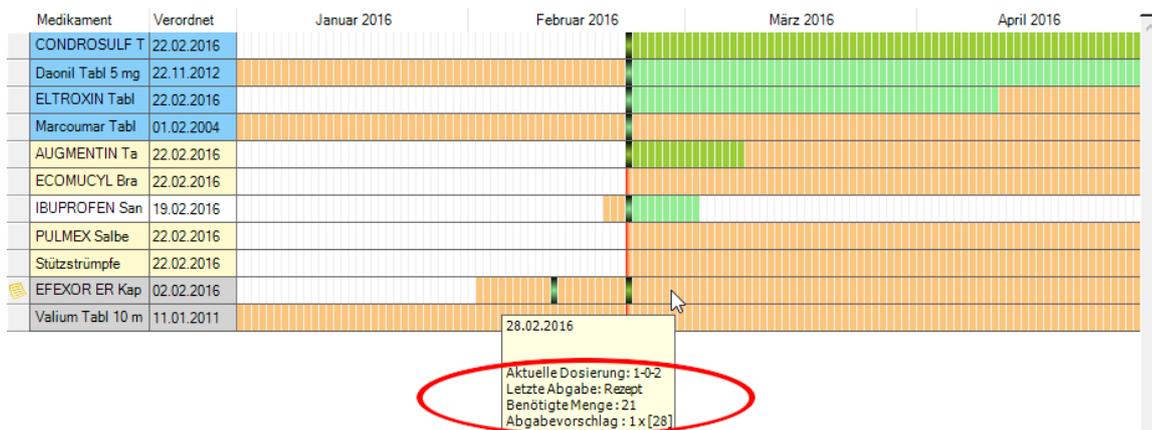
Freitext



Bisher keine Abgabe (Packungen aus triaMEDIndex)



Bereits Abgegeben (Packungen gemäss der letzten Abgabe (Rezept: triaMEDIndex; Selbstdispensation: Apotheke))



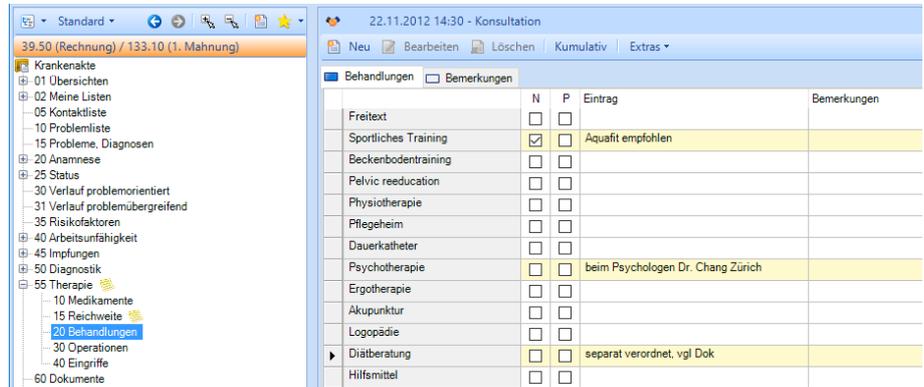
Behandlungen

Behandlungen können strukturiert via Wörterbücher oder mittels Freitext erfasst werden:

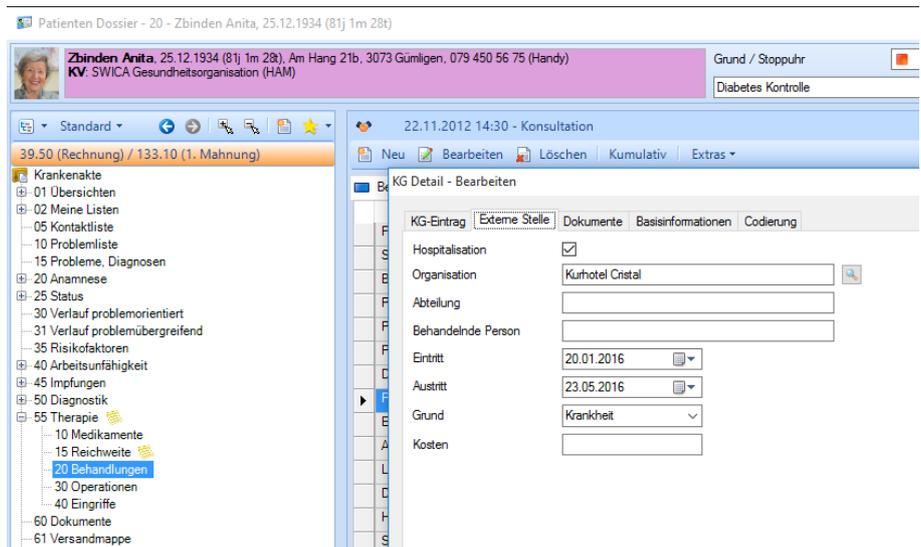
Behandlungen, nicht-

Medikamentös:

Unter 55-20 besteht die Möglichkeit, strukturiert verschiedenste Behandlungen zu erfassen.



Falls Behandlungen mit einer Hospitalisation verbunden sind, kann dies im Detaileintrag unter „Externe Stelle“ erfasst werden:



Die Einträge mit Häkchen bei „Hospitalisation“ kommen automatisch auf den Bildschirm Hospitalisation (20-20-80).

Operationen

Operationen und Eingriffe können mit detaillierten Informationen erfasst werden:

Dabei kann zwecks Kodierung mittels Suchfunktion direkt auf Klassifizierungen, z.B. den ICPC-2 Code, zugegriffen werden.

Zugriff auf ICPC und andere Klassifizierungssysteme

The screenshot shows the 'KG Detail - Neu' window with the 'Codierung' tab active. The 'Eintrag' field has a search icon. A red arrow points from the search icon in the 'Suchen Codierung' window below to the search icon in the 'Eintrag' field.

The 'Suchen Codierung' window shows the 'Codiersystem' dropdown set to 'ICPC-2'. The search results table is empty.

Code	Beschreibung
------	--------------

1.4.16 Dokumente

Hier sind nur sehr **allgemeine** Angaben über die Dokumentenverwaltung beschrieben. Eingehendere Informationen und Anleitungen zum Handling finden sich in separater Dokumentation.

Dokumente

In der Dokumentenverwaltung können eigene Dokumente erstellt und abgelegt, aber auch Fremddokumente verwaltet werden. Ein neues Dokument kann hier über die Schnellerfassungszeile oder durch Auswahl von „Neu“ im Menu erstellt werden; ein alternativer Weg zur Berichterstellung geht über das Hauptmenu oder die Favoriten (dieser Weg ist aber nicht zu empfehlen, vgl. Angaben im Kapitel 6).

Dokumente können grundsätzlich auf einfache Art per Drag & Drop zu jedem KG-Eintrag angehängt werden.

Farben Dokumente

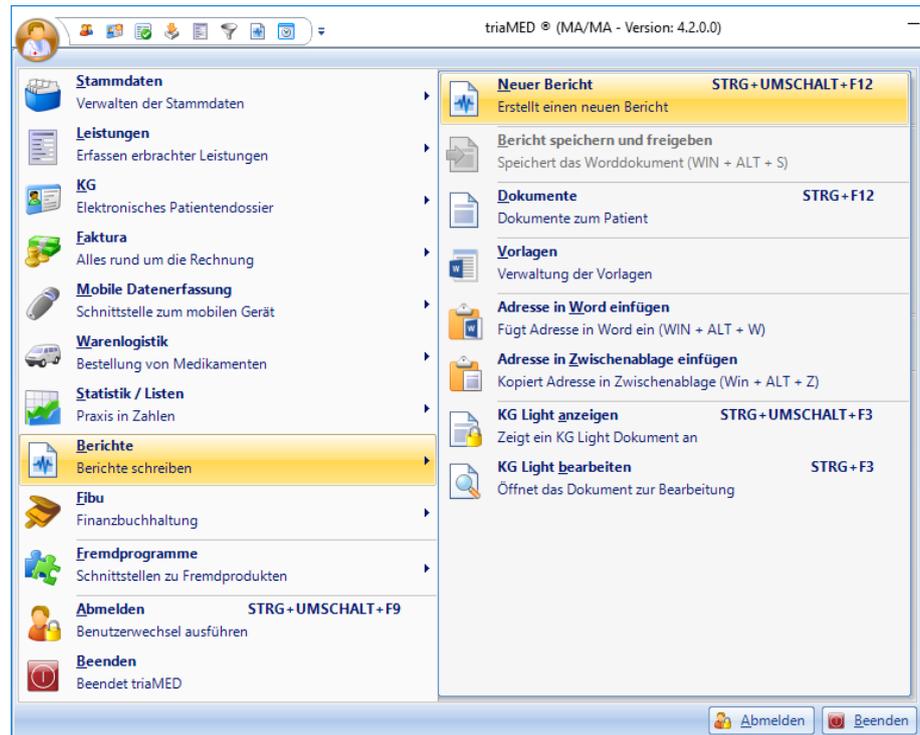
Im Bildschirm 60 Dokumente werden eigene Berichte weiss, Berichte im Archiv gelb und Dokumente des Typs „Krankengeschichte“ (z.B. HL7 Dateien der Laborresultat-Importe) blau dargestellt:

Datum	Dokumenttyp	Eintrag/Betreff	Adressat	Bemerkungen	Ort	Dok	AA
10.10.2008	Krankengeschichte	HL7 - 11.10.2008 08.22 Einzelbefund			Extern	MA	
10.10.2008	Krankengeschichte	HL7 - 11.10.2008 08.22			Extern	MA	
01.10.2008	Bericht	Colonoskopie, Colonoskopie	Dr. med. S. Herren, Kammer Alfred, Bern		Intern	MA	
30.09.2008	Krankengeschichte	Test			Extern	MA	
08.07.2008	Krankengeschichte	Kornea			Extern	MA	
08.07.2008	Bericht	Spital ambulantes Rx	Regionalspital Thun		Extern	MA	
26.06.2008	Archiv	Spitaleinweisung Bürgerspital	Bähler Urs	Berichte aus alter KG!	Extern	MA	
05.06.2008	Bericht Spitalweis	Inselspital Bern	Inselspital Bern		Intern	MA	
03.06.2008	Krankengeschichte	Radio xy			Extern	MA	
29.05.2008	Archiv	Einweisung	Müller Bruno	Berichte aus alter KG!	Extern	MA	
29.05.2008	Archiv	Einweisung Inselspital	Abderhalden Susanne	Berichte aus alter KG!	Extern	MA	
29.05.2008	Archiv	Bericht		Befunde!	Extern	MA	
26.05.2008	Krankengeschichte	Personalblatt			Extern	MA	
24.05.2008	Krankengeschichte	Hüft TP Oberbericht, Hüft TP Scan 2			Extern	MA	
22.05.2008	Krankengeschichte	Bild Colonoskopie			Extern	MA	

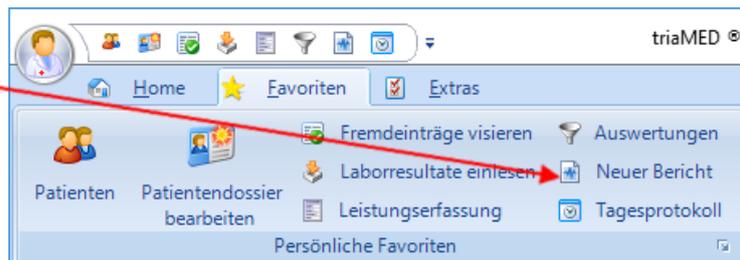
Berichterstellung

Am besten wird ein neuer Brief / ein neuer Bericht im Patientendossier über 60-Dokumente in der Schnellerfassungszeile erstellt (vgl. ausführliche Anleitung). Alternativ kann ein Bericht über das Hauptmenu oder über die Favoriten erstellt werden (nicht zu empfehlen):

Berichterstellung über das Hauptmenu:



Erstellen eines neuen Berichtes über die Favoriten



CAVE

Ein über das Hauptmenu erstelltes Dokument wird im Patientendossier wohl unter 60-Dokumente automatisch eingetragen, aber als „Archiv“-Dokument gekennzeichnet und von der KG als extern registriert. Betreff und Adressat werden nicht automatisch eingetragen. Diese Dokumente können im Dossier unter „60 Dokumente“ auch nicht mehr bearbeitet werden! (vgl Kapitel 6.4.2).

Dokumente kopieren

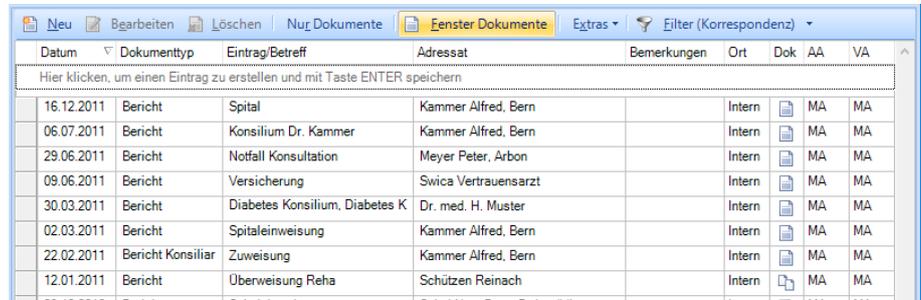
Zu einem Patienten bestehende Dokumente (Bildschirm 60) können in die Zwischenablage kopiert und als neues Dokument wieder beim Patienten angehängt werden (Klick auf Doku-Link -> Menu); dies erlaubt eine speditive Änderung z.B. von Verordnungen u. dgl. (vgl. Kapitel 6.4.1).

Dokumente als zip

Speichern oder versenden

Markierte oder alle Dokumente können in einen Ordner auf dem lokalen PC oder auf einem externen Medium (Stick, CD etc) abgespeichert werden, auf Wunsch auch komprimiert als zip.

Gehen Sie dazu auf dem Bildschirm 60 auf den Button „Dokumente“:



Nun können Sie unter „Extras“ die entsprechenden Optionen wählen:



1.4.17 Versandmappe

In der Arztpraxis werden häufig Briefe geschrieben, die zusammen mit verschiedenen Anhängen entweder an einen anderen Arzt, an ein Spital oder an eine Versicherung oder sonstige Institution geschickt werden müssen. Zusätzlich wird häufig eine Kopie dieses Briefes mit den Anhängen an einen oder mehrere andere Ärzte zur Orientierung gesandt.

Prinzip Versandmappe:

Um diesen Prozess zu vereinfachen, wurde in triaMED eine sog. Versandmappe integriert. Sie ist im Navigationsbaum unter 61 Versandmappe zu finden.

Dabei handelt es sich um eine „Dokumentenmappe“, in der z.B. ein Überweisungsbrief mit den dazugehörigen erforderlichen Anhängen (beispielsweise. EKG-Befund, Konsiliarberichte etc.) zusammengestellt und anschließend an definierte Adressaten verschickt werden kann. Die Versandmappe kann in Papierform, als Fax, als Mail/elektronisch exportiert/versandt werden.

1.4.17.1 Aufruf der Versandmappe

Aufruf Versandmappe

Die Versandmappe befindet sich als Nr.61 im Navigationsbaum links unter den Dokumenten:

The screenshot shows a patient dossier for Anita Zbinden. The navigation tree on the left lists various document types, with '61 Versandmappe' highlighted. A red box labeled 'Versandmappe' has an arrow pointing to this item. The main window displays a table of documents with columns for 'Bezeichnung Versandmappe' and 'Empfänger'.

Bezeichnung Versandmappe	Empfänger
Konsilium	
Anmeldung Konsilium	Kammer Alfred
Dokumente für neurologisches Konsilium	Kammer Alfred
Kammer	Kammer Alfred
koNSL	Kammer Alfred
Notfall	Kammer Alfred, Frey Bruno
Spitaleinweisung	Kammer Alfred
Spitaleinweisung	Kammer Alfred
Spitaleinweisung	Kammer Alfred
Versandmappe	Kammer Alfred
Zuweisung	Kammer Alfred
Zuweisung Konsiliarbericht	Kammer Alfred

Eröffnen der Versandmappe

Versandmappe eröffnen

Bevor Dokumente zum Versand vorbereitet werden, muss eine neue Versandmappe erstellt und benannt werden:

Eröffnung der Versandmappe:

Mit "Neu" wird eine neue Versandmappe erstellt

Hier soll eine informative Bezeichnung vergeben werden

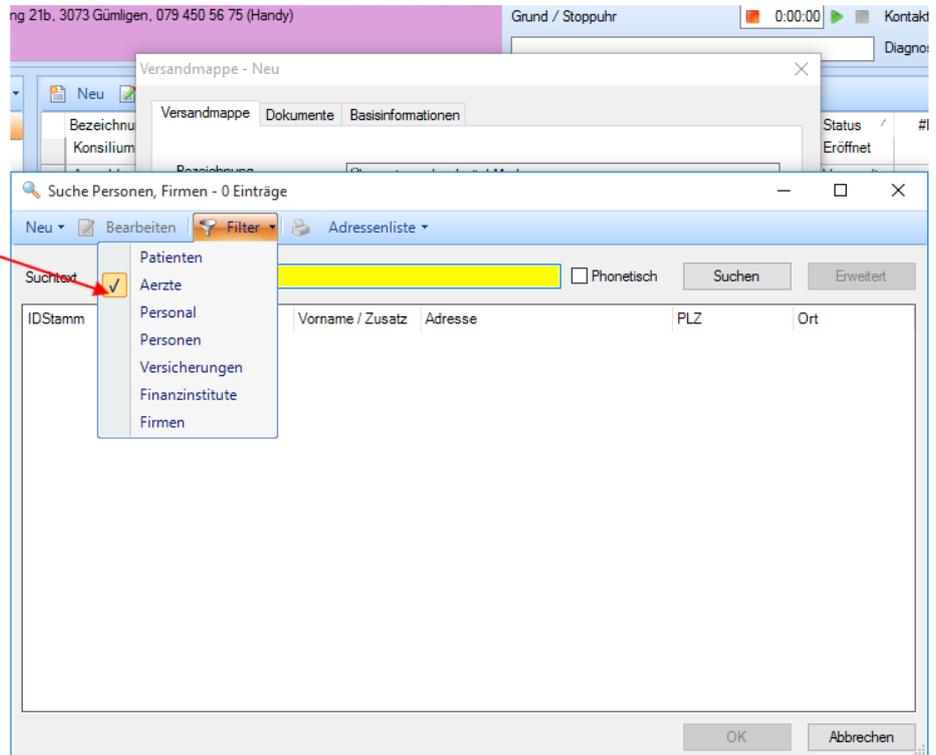
Die Empfänger der Dokumentation werden in der Schnellerfassungszeile eingegeben

Mit der Lupe wird das Suchfenster zur Auswahl der Empfänger geöffnet

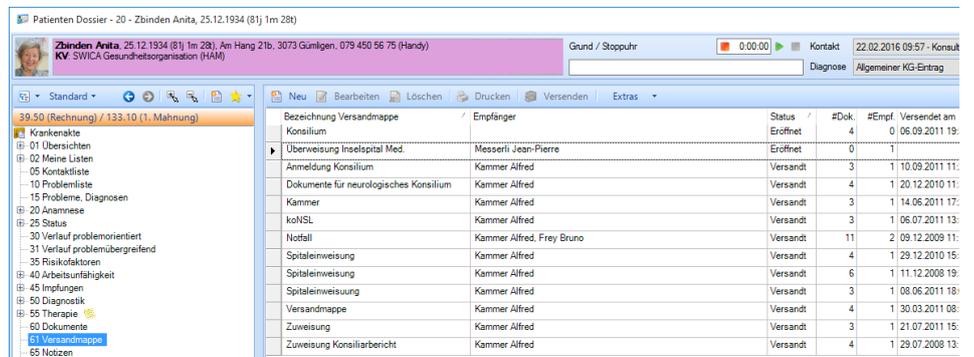
Es muss ein Empfänger erfasst werden!

Empfänger definieren:

Mit dem Filter kann die Art des Adressaten eingeschränkt werden.



Nun ist die Versandmappe eröffnet:



Automatische Eröffnung
Versandmappe

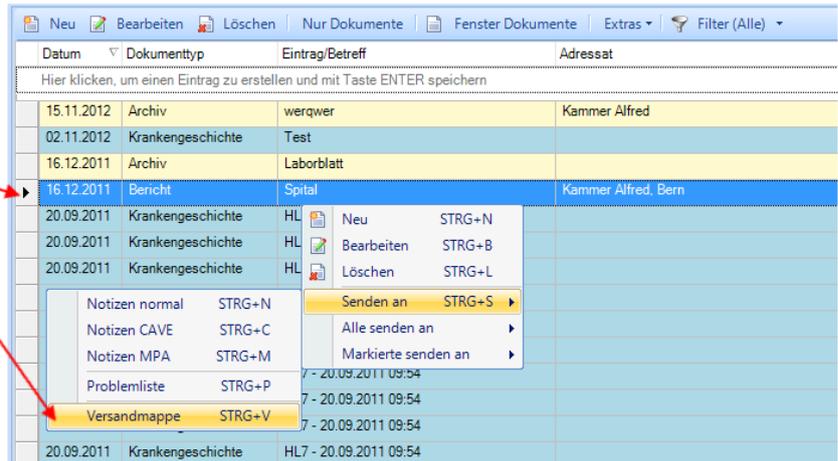
Falls Dokumente bei noch nicht eröffneter Versandmappe an diese gesandt werden (vgl. unten), wird die Versandmappe automatisch eröffnet.

1.4.17.2 Dokumente an die Versandmappe senden

Auswahl der Dokumente für den Versand:

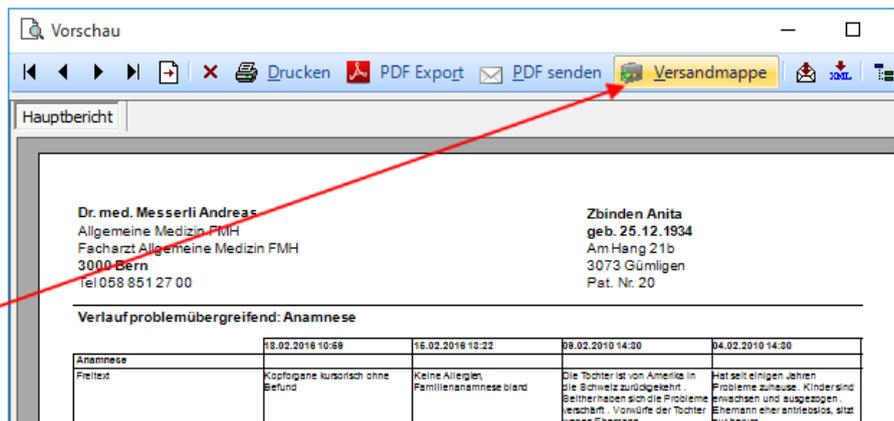
Sofern der Überweisungsbrief nicht vorher verfasst wurde, kann er jetzt erstellt und der Versandmappe hinzugefügt werden:

Auswahl des Überweisungsbriefes und weiterer Dokumente für die Versandmappe mit Rechtsklick und "Senden an Versandmappe"

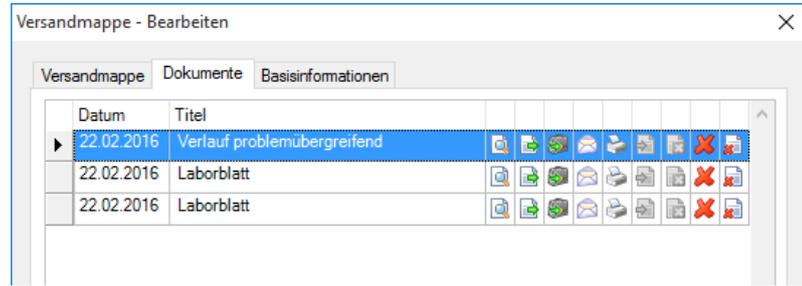


Grundsätzlich kann in triaMED alles was ausgedruckt wird, aus der Druckvorschau direkt an die Versandmappe gesandt werden (gilt insbesondere auch für Laborblatt und Kumulativansichten diverser Bildschirme):

Direktes Senden von Dokumenten an die Versandmappe aus der Druckvorschau heraus

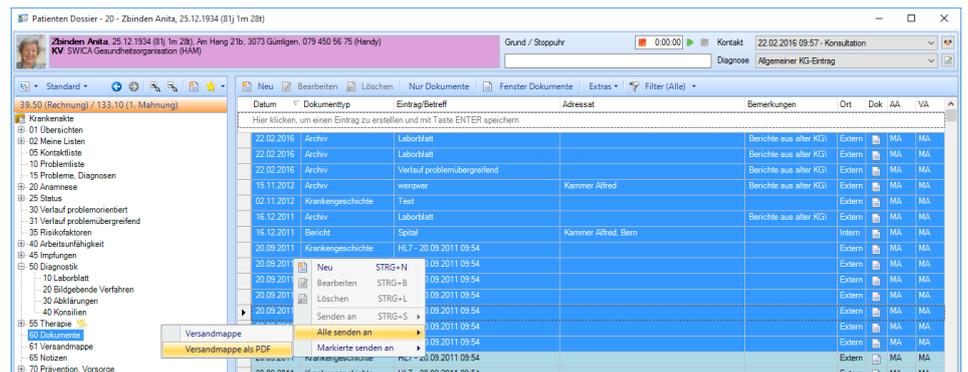


Unter 61 – Versandmappe kann nun das Dokument als PDF- Datei unter dem Register „Dokumente“ gefunden werden:

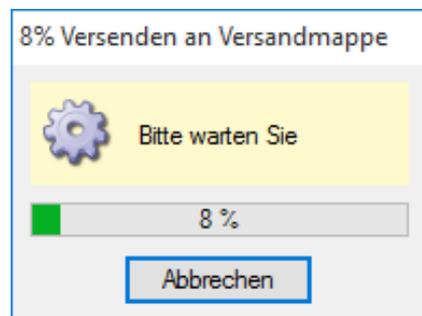


Dokumente als pdf
an die Versandmappe

Unter 60 Dokumente können markierte oder auch alle Dokumente, in die Versandmappe übertragen werden. Je nach Wunsch können Word- oder Excel-Dokumente auch als pdf an die Versandmappe gesandt werden, sofern das Microsoft Add-in für Word 2007 installiert ist:



Wenn alle Dokumente übertragen werden, kann dies (bei vielen Dokumenten) eine Weile dauern:

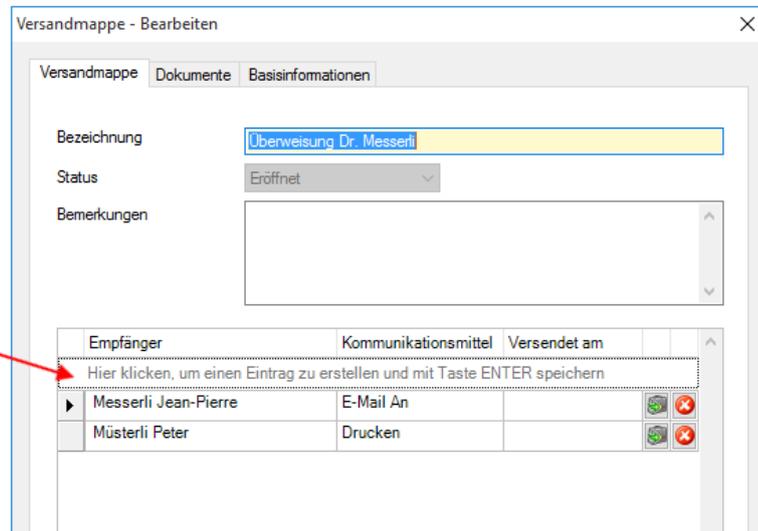


1.4.17.3 Versandmappe bearbeiten

Versandmappe bearbeiten

Bei Bedarf kann die Versandmappe vor dem Verschicken der Dokumente noch bearbeitet werden, indem zusätzliche Empfänger sowie die jeweilige Versandart festgelegt werden:

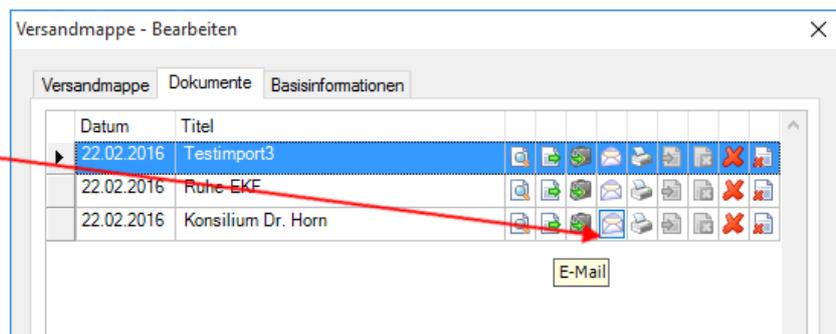
Es können in der Schnellerfassungszeile weitere Empfänger hinzugefügt werden



In der Versandmappe sind nun die zu versendenden Dokumente aufgelistet (vgl. Abb. oben).

Die Dokumente können hier, nebst weiteren Möglichkeiten, noch angezeigt oder bearbeitet werden;

Multiple Auswahlmöglichkeiten beim jeweiligen Dokument; Pop-Up Erklärung erfolgt, sobald sich die Maus auf dem Symbol befindet



Es bestehen zusammengefasst folgende **Auswahlmöglichkeiten**:

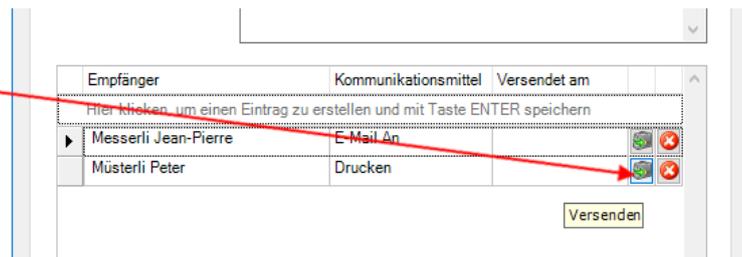
- **Dokument anzeigen**: Das Dokument wird angezeigt, kann aber nicht bearbeitet werden
- **Dokument bearbeiten**: Das Dokument kann vor dem Versand noch bearbeitet werden
- **E-Mail**: Das Dokument wird als Anhang per mail verschickt
- **Drucken**: Das Dokument wird auf dem definierten Standarddrucker ausgegeben
- **Speichern und freigeben**: Das vorhin zur Bearbeitung geöffnete Dokument wird in geänderter Form wieder im Archiv abgespeichert und für andere Benutzer (Mandanten) freigegeben.
- **Freigeben ohne speichern**: Das Dokument wird in der ursprünglichen Form (unverändert) wieder für andere Benutzer freigegeben.

1.4.17.4 Versandmappe versenden oder auf Medium speichern

Versandmappe versenden

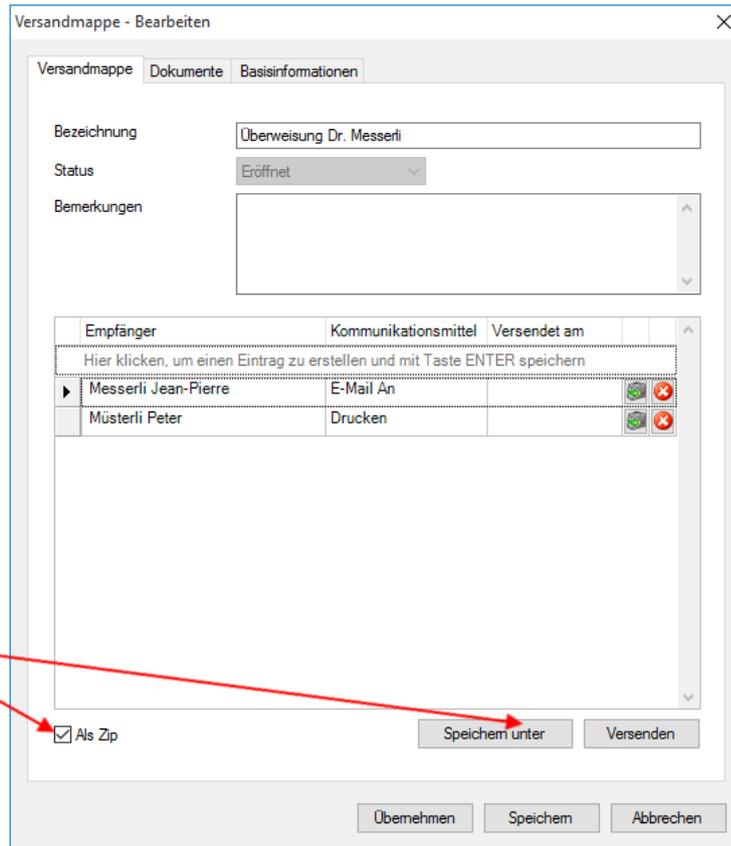
Der Inhalt der Versandmappe kann nach Empfänger getrennt versendet werden:

Maus auf "Versenden" verschickt die Dokumente je nach definiertem Kommunikationsmittel



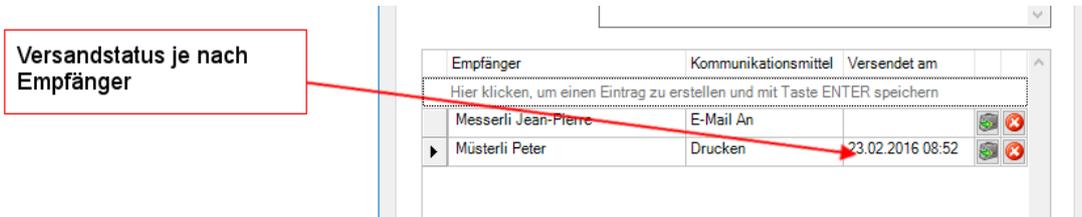
Beim Ausdruck wird die Anzahl der zu druckenden Exemplare nachgefragt. Die Dokumente können gesamthaft auch als Zip-Datei an ein e-Mail angehängt werden oder auf ein Medium gespeichert werden.

Beim Versenden einer E-Mail über die Versandmappe werden die Titel der zu sendenden Dokumente übergeben.

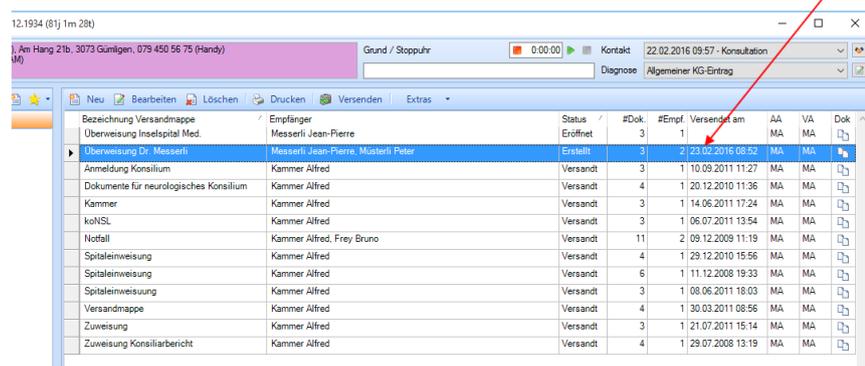


Die Dokumente können als zip oder unkomprimiert auf ein Medium oder in ein Verzeichnis auf dem Computer gespeichert oder an eine e-Mail angehängt werden

Auf der Bearbeitungsübersicht ist der Versandstatus für jeden Empfänger ersichtlich:



Sobald ein Versand stattgefunden hat (auch nur teilweise), wird in der Übersicht die Versandmappe als verschickt angezeigt:



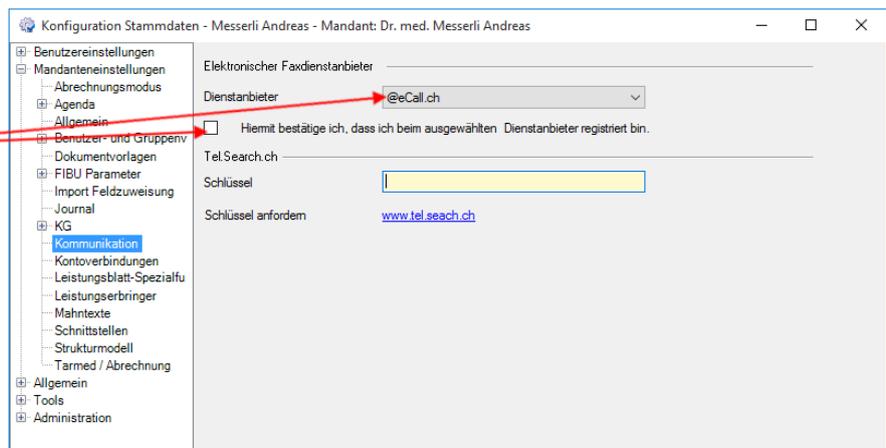
1.4.17.5 Faxversand aus der Versandmappe

Dateien in der Versandmappe können zur Zeit (Jan 2009) mit **eCall** (kostenpflichtiger Schweizer Online-Service für SMS, Fax und Pagermeldungen) als Fax versandt werden. Damit dieser Dienst genutzt werden kann, muss man sich bei eCall registrieren. Weitere Informationen über Funktionen, Vorgehen und Preise finden sich auf www.eCall.ch .

Einstellungen Konfiguration: Damit der Dienst genutzt werden kann, sind folgende Einstellungen in der Konfiguration erforderlich:

Konfiguration – Mandanteneinstellungen – Kommunikation: Dienstanbieter eintragen (@eCall.ch) und Registrations- Häkchen setzen:

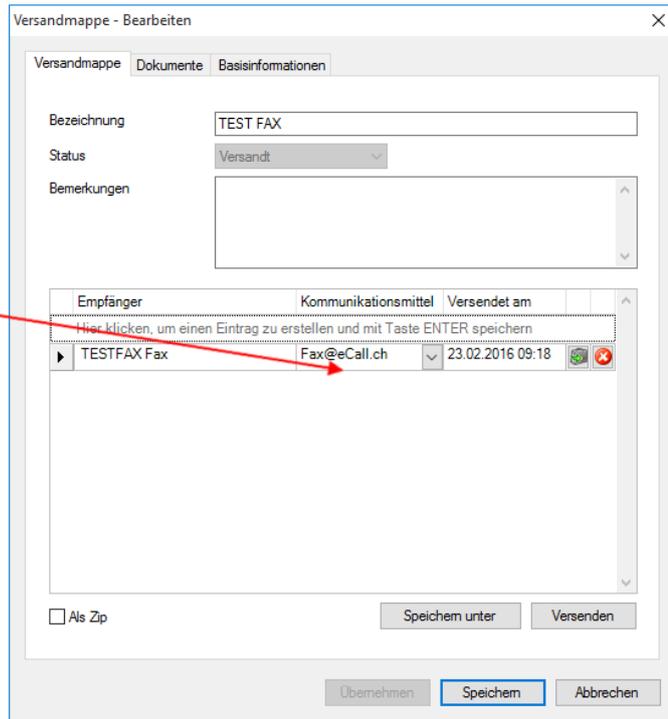
Anbieter eintragen und Registrations-Häkchen setzen



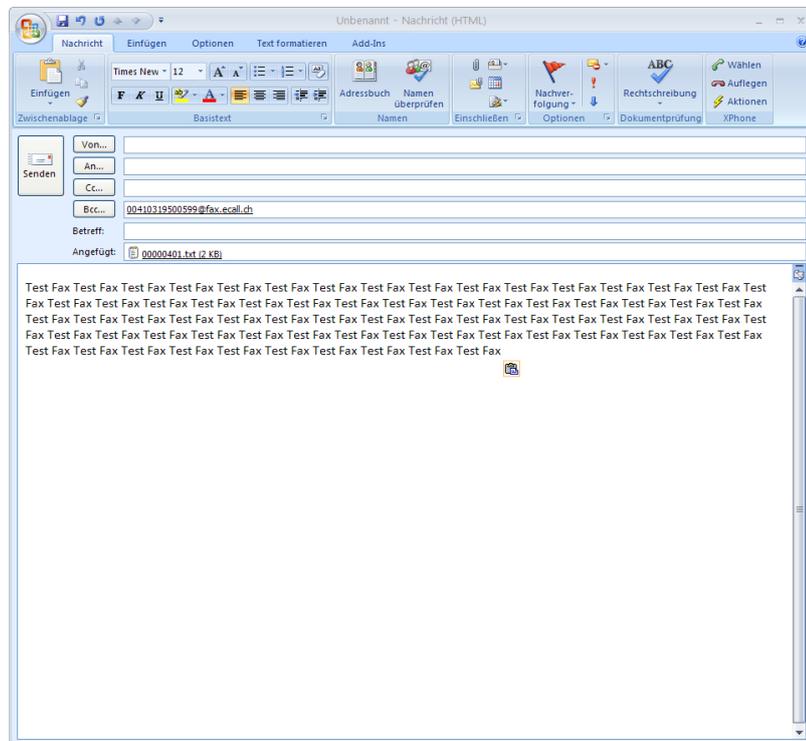
Versenden:

Versandmappe – Bearbeiten. Unter Kommunikationsmittel folgendes anwählen:
Fax@eCall.ch:

Kommunikationsmittel eintragen



Nach Anklicken der Schaltfläche „Versenden“ wird Outlook geöffnet, im BCC wird der Empfänger angezeigt.



Die Adresse wird wie folgt zusammengestellt:

Faxnummer@fax.eCall.ch

Bsp.: 00(41)319500599@fax.eCall.ch

Bsp.: +41319500599@fax.eCall.ch

Unter „Angefügt“ wird der zu versendende Anhang gezeigt. Im Textfeld kann noch beliebiger Freitext hinzugefügt werden.

Nach Klick auf „Senden“ wird der Fax versandt.

Rückmeldung vom

Dienstanbieter:

Nach Versenden erhält man eine Rückmeldung von eCall:

FAX-Sendebericht von eCall

response@ecall.ch

Hyperlinks und sonstige Funktionen wurden in dieser Nachricht deaktiviert. Verschieben Sie die Nachricht in den Posteingang, um die Funktionen wiederherzustellen.
Die unnötigen Zeilenumbrüche des Nachrichtentextes wurden automatisch entfernt.
Outlook hat den Zugriff auf die folgenden potenziell unsicheren Anlagen blockiert: 420416_j_5_20090130073257_758.PDF.

Gesendet: Fr 30.01.2009 07:34

An: Sandro Berta

Besten Dank fuer die Benutzung von eCall, dem Schweizer Internet Kommunikations-Zentrum

Auftragstyp: Fax
Zeitpunkt: 30.01.2009 07:33
Zieladresse: 0041319500599
Status: Erfolgreich versendet

Meldung:

Weitere Informationen:
Auftrag erhalten am: 30.01.2009 07:32
Datei-Anhänge: 1
Absender-Nummer:
Absender-ID: Sandro.Berta@triamun.ch
Empfänger-Nummer: 0041319500599
Empfänger-ID: +41319500599
Interner Dateiname: 420416_j_5_20090130073257_758.PDF Anzahl Seiten: 1
Dateigröße: 38 KB
Verbindungsdauer: 26 Sekunden
Kosten: 1.5 Punkte

Bitte benutzen Sie nicht die Antworten-Funktion Ihres Mail- Programms. Senden Sie Ihren Kommentar oder Ihre Fragen an <mailto:eCall@dolphin.ch>.

Haben Sie Probleme, Fragen, Anregungen, Kritik oder gar neue Ideen fuer weitere Services und/oder Funktionen?

Dann teilen Sie uns dies doch bitte mit (<mailto:eCall@dolphin.ch>).
Besten Dank.

1.4.18 Notizen

Notizen

Unter 65 Notizen können Notizen zum Patienten abgelegt werden, sowohl als Freitext wie auch strukturiert (Auswahl aus Wörterbuch). Es können Einträge der MPA, als CAVE oder auch Private Notizen erfasst werden.

Cave Notizen erscheinen auf der KG-Übersicht unterhalb der Allergien

Notizen - Bearbeiten

Notizen | Dokumente | Basisinformationen | Codierung

Notizentyp: Freitext

MPA Cave Privat

Eintrag: Kollapsgefahr bei Blutentnahme!

Bemerkungen

Übernehmen | Speichern | Abbrechen

Cave

Wenn Notizen als Cave gekennzeichnet werden, erscheinen diese in der KG-Übersicht direkt unterhalb der Allergien in einer Box:

Cave - Notizen in der KG Übersicht

Grund / Stoppuhr 0:00:00 Kontakt 23.02.2016 09:09 - Konsultation

Diagnose Allgemeiner KG-Eintrag

Dauermedikamente/Antikoagulation

- CONDROSULF Tabl 800 mg (0-1-0 / 22.02.2016)
- IBUPROFEN Sandoz Filmtabl 400 mg (1-0-1 / 1)
- ELTROXIN Tabl 0.05 mg (1-0-1 / 22.02.2016-)
- Daonil Tabl 5 mg (1-1-1 / 22.11.2012-)
- Marcoumar Tabl 3 mg (- / 01.02.2004-)

Allergien - Unverträglichkeiten

- CLAMOXYL AMP FL 1 1 G ()
- CLAMOXYL RC Tabl 750 mg (Durchfall)
- Asthma: Keim
- Heuschnupfen: Vorhanden

Übrige Medikamente

- AUGMENTIN Tabl 1 g Erw (1-1-1 / 22.02.2016-)
- PULMEX Salbe (0-0-1 / 22.02.2016-)
- Stützstrümpfe (1-0-0 / 22.02.2016-)
- ECOMUCYL Brausetabl 600 mg (1-0-0 / 22.02.2016-)

Cave

- Kollapsgefahr bei Blutentnahme!
- Fifi hat Halsband
- Thyroxin Kontrolle März 2015
- Blutentnahme rechts schwierig

Reserve Medikamente

- EFEXOR ER Kaps 150 mg (1-0-2 / 02.02.2016-)
- Valium Tabl 10 mg (0-0-0-1 / 11.01.2011-)

Labor

- 19.02.2016 11:40:00 Blutsenkung nach 1h
- 19.02.2016 11:40:00 Hämoglobin * 110 g/l
- 19.02.2016 11:40:00 Leukozyten ** 5.6 G/l

Private Notizen

Als „privat“ gekennzeichnete Notizen sind nur für den Arzt sichtbar. Allfällige an eine private Notiz angehängte Dokumente können mit einem Hinweis versehen werden, damit andere Benutzer über die Existenz des Dokumentes orientiert sind. Unter 60 Dokumente ist dann in der Spalte „Dok“ ein Symbol vorhanden. Das Dokument kann jedoch nur vom Arzt geöffnet werden. Erfassen andere Benutzer private Notizen, so sind diese vom Mandanten und dem AA einsehbar bzw. werden Letzterem zur Validierung vorgelegt.

1.4.19 Prävention, Vorsorge

Prävention, Vorsorge

Hier können die Befunde präventiver Untersuchungen (Pädiatrische Vorsorge-Untersuchungen, Schuluntersuchungen und weitere) in strukturierter Form abgelegt werden. Der Navigationspunkt Prävention selber ist noch in Konstruktion.

Pädiatrische Vorsorge

Unter diesem Punkt sind die pädiatrischen Checklisten nach Massgabe der Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie („gelbe Checklisten“) hinterlegt. Die Checklisten können speditiv abgearbeitet werden und bieten jeweils zusätzliche Möglichkeiten der Freitexteingabe.

**Pädiatrische Checklisten
(Vorsorge Untersuchungen)**

The screenshot shows the 'Check 24 Mte' checklist with the following data:

	N	P	Eintrag	Bemerkungen
Alter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Jahre 4 Monate	
Gewicht in kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gewicht Perzentile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grösse in cm	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	83	
Grösse Perzentile	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5	
Kopfumfang (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kopfumfang Perzentile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Temperatur Ohr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck sitzend Oberarm links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psychosoziale Situation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	auffällig	
Zwischenanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ernährung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ausgeglichen	
Schlafverhalten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	normal	
Augen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unauffällig	
Mund/Nase/Respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mund/Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Genitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schädel/Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wirbelsäule/Extremitäten/Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Motorik: freies Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Motorik: freies Gehen, vor- und rückw	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Motorik: Treppensteigen auf und ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Motorik: Fussballspiel, Ball werfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Motorik: Ball werfen über Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Es sind Kumulativansichten möglich, um die Befunde über den zeitlichen Verlauf hinweg zu beurteilen.

1.4.19.1 Schuluntersuchungen

Schuluntersuch

Unter Prävention, Vorsorge können Schuluntersuchungen in strukturierter Form erfasst werden, je einer beim Schuleintritt und beim Schulaustritt. Als Vorgabe wurden die entsprechenden Formulare des Kantons Graubünden verwendet, ergänzt um einige von Praxen vorgeschlagene Punkte.

Strukturierte Schuluntersuchung bei Schulein- und Austritt

	N	P	Eintrag
Alter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 J 10 M
Allgemeines	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fühlt sich gesund
Frühere Krankheiten/Unfälle/Operatio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine wesentlichen
Zurzeit in ärztlicher Behandlung/ Ther	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein
Kann Velo fahren/Ski fahren	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja/normal
Motorik: Fussballspiel, Ball werfen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja
Konzentrieren auf ein Spiel möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, normal
Ankleiden ohne Anleitung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, normal
Trocken tags und nachts	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, normal
Sprache/Sprachverständnis: korrekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprache/Sprachverständnis: Verstän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprache: Grosser Wortschatz/ erzählt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprache: Phonation unauffällig (ev au	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eltern/Fam/Freunde: Beziehungen u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eltern/Fam/Freunde: In Peer-Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verhalten: situationsgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neuromotorik: Einbeinstand 10 sec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spielen mit anderen Kindern, Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besuch Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeichnet gern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewicht in kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grösse in cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewicht BMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutdruck sitzend Oberarm links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.4.20 Aufklärung

Aufklärung

Unter Aufklärung sind checklistenartige Abfragen für Eingriffe, Operationen, Interruptiones, IUD, Pillenverschreibung sowie Unterbindung hinterlegt. Die teilweise mit Drop Down- Auswahl versehenen Checkpoints erlauben eine speditive Dokumentation der präoperativen und sonstigen Aufklärungen:

Operationsaufklärung als strukturierte Checkliste mit Drop-Down-Auswahlfeldern

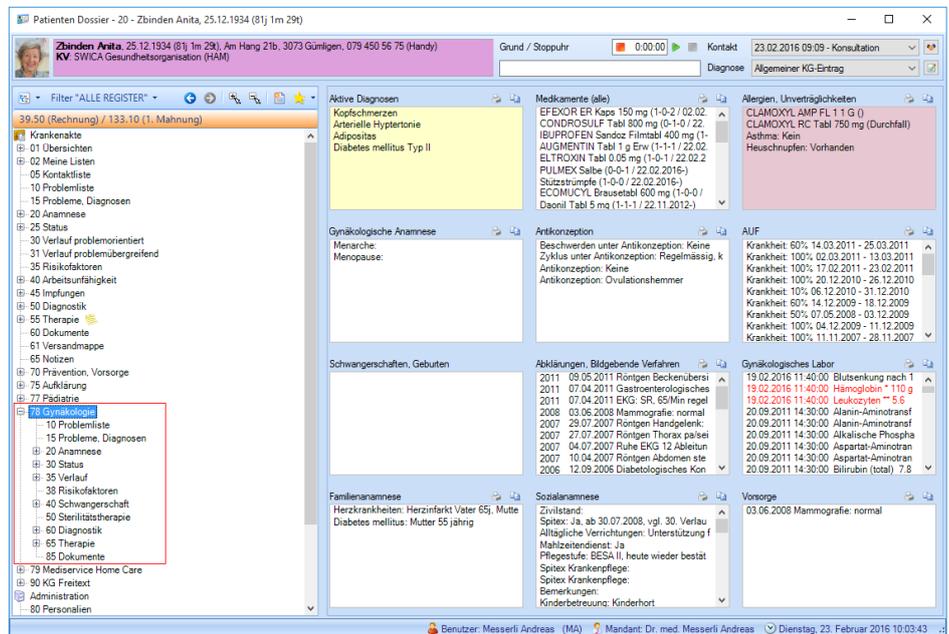
The screenshot displays the 'Operationsaufklärung' checklist within the triaMED software. The left sidebar shows a hierarchical menu with '20 Operation' selected. The main window shows a table with columns for 'N', 'P', 'Eintrag', and 'Bemerkungen'. A red arrow points from the text box to the 'Operationsaufklärung' header in the table.

Operationsaufklärung	N	P	Eintrag	Bemerkungen
Gesprächsgrundlage Praxis-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Indikation Operation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besprochen	
Alternativen Operation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bedeutung für Heilung Opera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besprochen	
Bedeutung für Verlauf Opera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Risiken allgemein Operation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infekt, Blutung, TVT besproch	
Risiken speziell Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Einfluss auf Kohabitationsfah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hospitalisationsdauer Operat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	wird noch besprochen	
Rekonvaleszenz Operation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besprochen	
Kosten Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	werden noch evaluiert	
Kuraufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Notwendigkeit Info Angehöri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besprochen	
Fragen jederzeit Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angebot: Second Opinion Op	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angebot: Bedenkzeit Operati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kontraindizierte Medi Operati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aufklärungsdokument Operat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abgegeben	
Schriftliche Einwilligung Oper	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht vorhanden	
Besonderes Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	will noch Bedenkzeit, meldet	

1.4.21 Gynäkologie

Gynäkologie

Hier werden Informationen, die für die Gynäkologie und Geburtshilfe relevant sind, unter einem Navigationspunkt übersichtlich und gut erreichbar zusammengestellt:



Zusätzlich sind auch wichtige allgemeine Informationen wie z.B. Allergien oder Familien- und Sozialanamnese, hier wieder aufgeführt. Diejenigen Einträge, welche das Fachgebiet Gynäkologie betreffen und über weiter oben liegende Navigationspunkte eingegeben wurden, werden unter dem Navigationspunkt Gynäkologie angezeigt.

Auf diese Weise ist es dem Spezialarzt möglich, einen Grossteil seiner Dokumentation unter einem einzelnen Navigationspunkt zu erledigen, ohne dass in der ganzen KG „herumgeklickt“ werden muss.

Dies gilt sinngemäss auch für die übrigen „Spezialistenmodule“.

1.4.21.1 Berechnungen

Unter 78 40 Schwangerschaft werden automatisch berechnet:

- SSW
- Geburtstermin
- Gewichtszunahme während Schwangerschaft (Aktuelles Gewicht – Ausgangsgewicht)

Mutterpass

Schwangerschaftspass

Durch das Führen der elektronischen Krankengeschichte für die Schwangerschaft (als Episode) ist es möglich, die elektronisch gespeicherten Daten als Mutter- / Schwangerschaftspass auszudrucken

Druck Mutterpass bzw. Schwangerschaftspass

	N	P	Eintrag	Bemerkungen
Anzahl Kontrollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schwangerschaftsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ausgangsgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aktuelles Gewicht in kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gewichtszunahme in kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oedeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Varizen Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Varizen Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck sitzend Oberarm links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutdruck sitzend Oberarm rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bauchumfang (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Symphyse-Fundus in cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Portio Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kind Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kind Bewegungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kind Herztone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

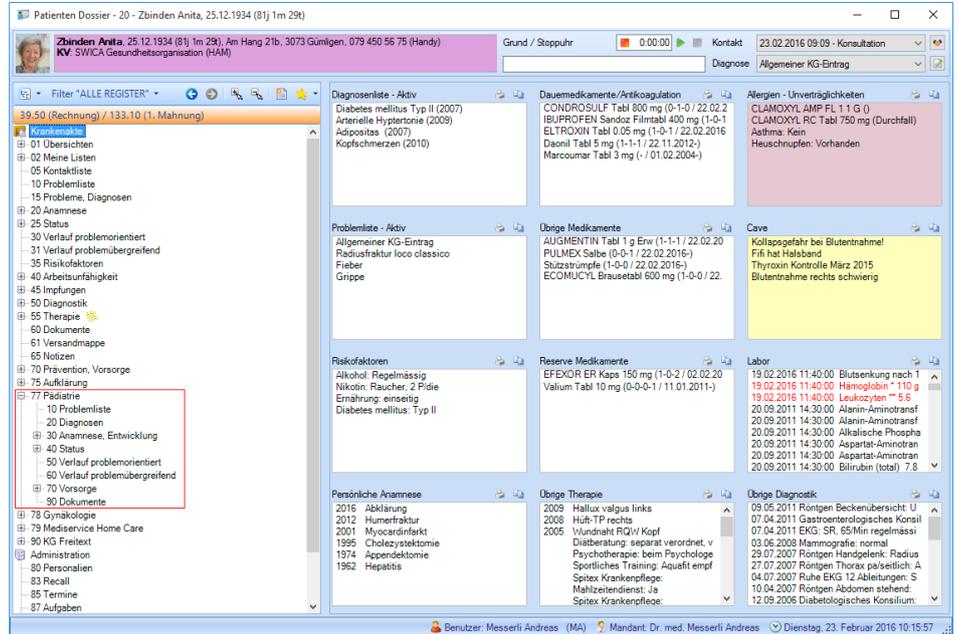
Intrauterine Wachstumskurven Analog zur pädiatrischen Wachstumskurve stehen zur Analyse der Entwicklung des Fötus die intrauterinen Wachstumskurven zur Verfügung. Sowohl die Berechnung der Werte wie auch ein Ausdruck sind gewährleistet.

Separate Anleitung für
Spezialistenmodule

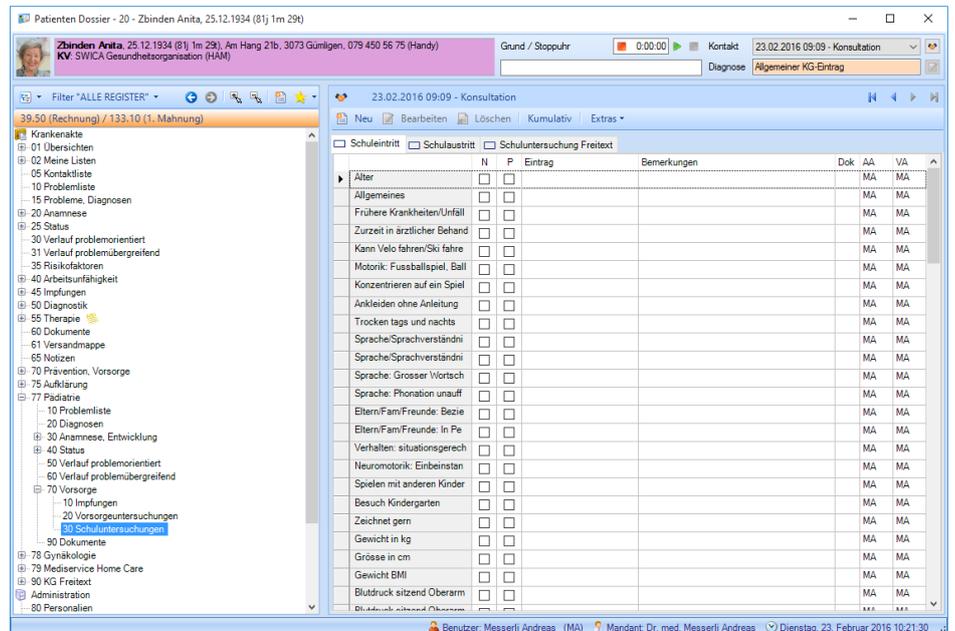
Für diese „Spezialistenmodule“ werden **separate Anleitungen** in Ergänzung zu diesem Handbuch herausgegeben.

1.4.22 Pädiatrie

Unter Navigationspunkt 77 Pädiatrie sind sämtliche Arbeitsprozesse, die die Kinderärztin häufig benötigt, räumlich zusammengefasst:



U.a. sind hier ausführliche pädiatrische Statusblätter, Vorsorgeuntersuchungen („gelbe Checklisten SGP“) sowie Schuluntersuchungen hinterlegt (als Vorlage dienten die Schuluntersuchungsformulare des Kt. Graubünden):



Die einzelnen Bildschirme sind selbsterklärend, die entsprechenden Funktionen sind im Wesentlichen die selben wie oben bereits erklärt.

1.4.22.1 Berechnungen

Perzentilen - Berechnung

Die Perzentilen von:

- Gewicht
- Grösse
- BMI
- Kopfumfang

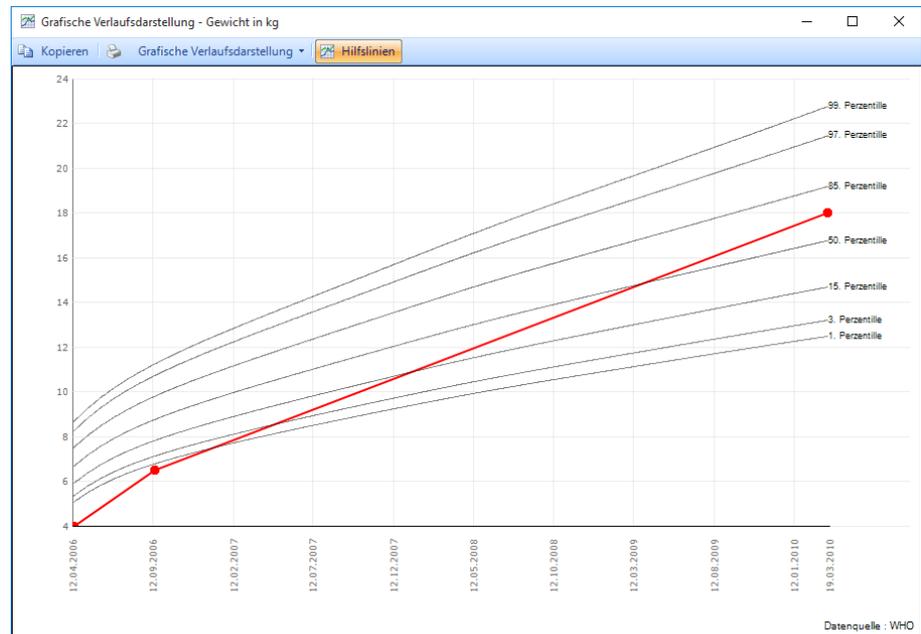
werden automatisch berechnet. Dies aber nur im Kindesalter. Für die Berechnung sind die Standardwerte der WHO und die „Neuen Wachstumskurven für die Schweiz“ auf der Basis der Züricher Longitudinal Studien implementiert. In der Konfiguration (Mandanteneinstellungen\KG\Berechnungen) muss eingestellt werden, mit welchen Daten die Berechnungen erfolgen sollen.

Die Berechnungen werden in Form von linearer Annäherung gemacht.

In der Kumulativansicht wird der gewünschte Wert angeklickt – im Beispiel das Gewicht:

	16.03.2010 10:28	15.03.2010 10:27	10.26
Vitalzeichen/Messwerte			
Temperatur axillär			
Temperatur rektal			
Atemfrequenz			
Atemtyp			
O2-Sättigung			
GCS			
GCS Kinder <= 36 Mte			
Messwerte			
Gewicht in kg	18	6.5	4
Grösse in cm	115	62	55
Grösse sitzend in cm			
Kopfumfang (cm)		42	36
Bauchumfang (cm)			
Hüftumfang (cm)			
Grösse Mutter in cm			
Grösse Vater in cm			
Berechnungen			
Gewicht BMI	13.61	16.91	13.22
Körperoberfläche	0.76	0.33	0.25
Waist to Hip Ratio			
Zielgrösse Mädchen (cm)			
Zielgrösse Jungen (cm)			
Perzentile Kind			
Alter			
Alter korrigiert			
Gewicht Perzentile	68	1	1
Grösse Perzentile	99	1	1

Dann kann mit ‚Extras – Grafischer Verlauf‘ oder ‚CTRL – G‘ die Grafik dargestellt werden:



Mit den zur Verfügung stehenden Buttons können die Hilfslinien aus- und wieder eingeblendet werden und die Grafik kopiert und in andere Applikationen übernommen werden.

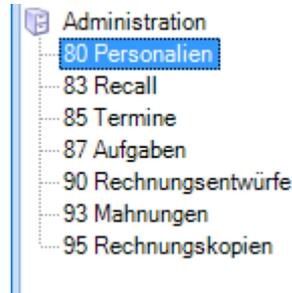
Unter 77 40 Pädiatrie werden auch folgende Werte berechnet:

- Waist to Hip Ratio
- Zielgröße Jungen/Mädchen

1.4.23 Administration

Administration

Unter dem letzten Navigationspunkt Administration kann der Arzt **direkt aus dem geöffneten Patientendossier** die wichtigsten administrativen Aufgaben zum Patienten erledigen.



1.4.23.1 Personalien

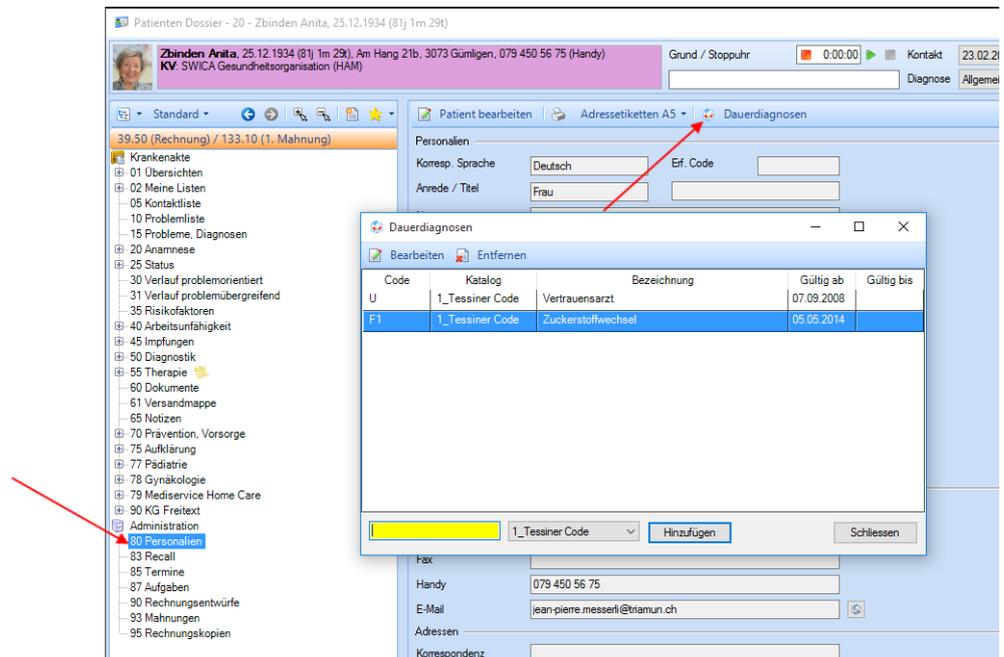
Personalien

Es können direkt Personalien-Stammdaten eingesehen und bei Bedarf aktualisiert werden. Adresstiketten können direkt ausgegeben werden.

Stammdiagnosen

Unter Personalien können auch direkt die Stammdiagnosen des Patienten erfasst und bearbeitet werden:

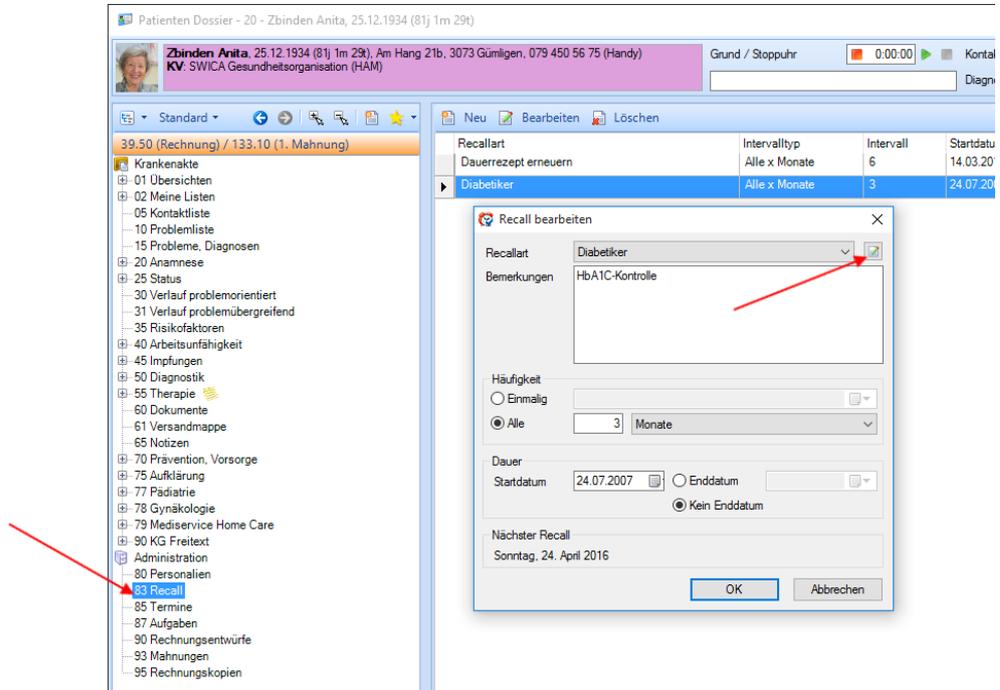
Stammdiagnosen direkt im Dossier bearbeiten:



1.4.23.2 Recall

Recall

Recalls des Patienten können unter 83 Recalls direkt verwaltet werden:



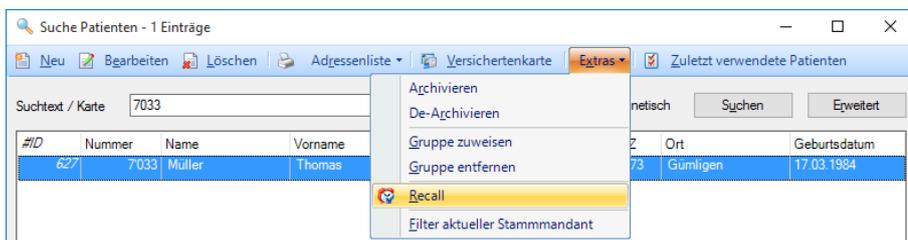
Recallart definieren

Mit Klick auf die Lupe hinter „Recallart“ lassen sich zusätzlich zu den voreingestellten Recallarten noch eigene hinzufügen:



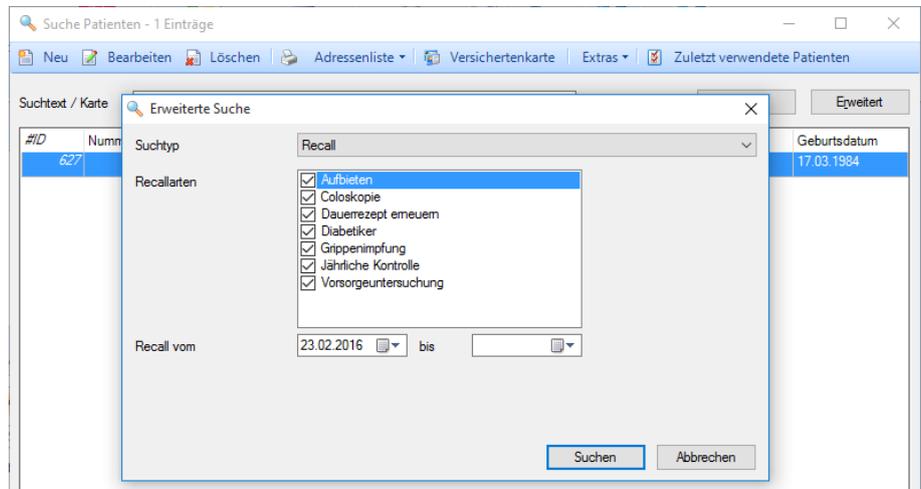
Recallliste

Suchen Sie zunächst die Patienten mit erfassten Recalls im Patientensuchfenster unter „Extras“ – Recall:

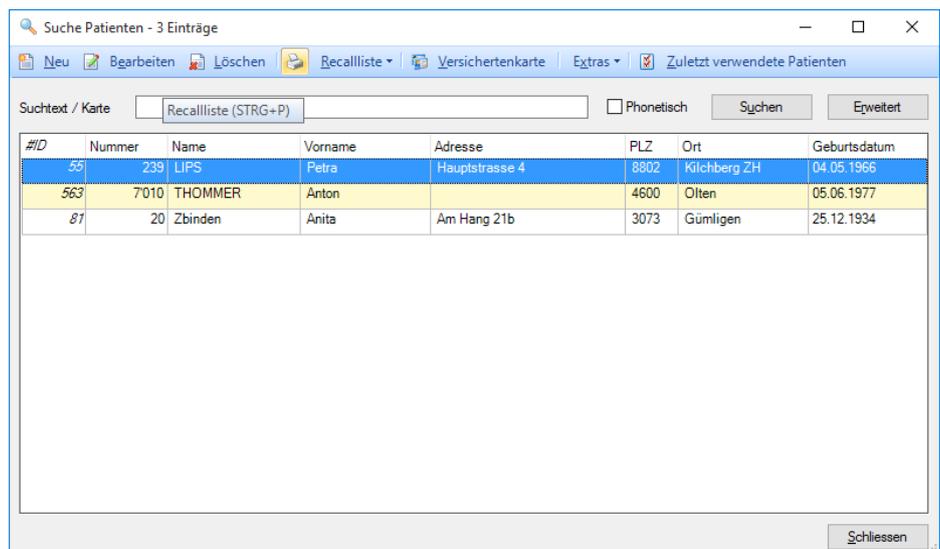


Filter nach Recallarten

Mit der erweiterten Suche lassen sich die Recall-Arten bestimmen, die auf die Liste kommen sollen:

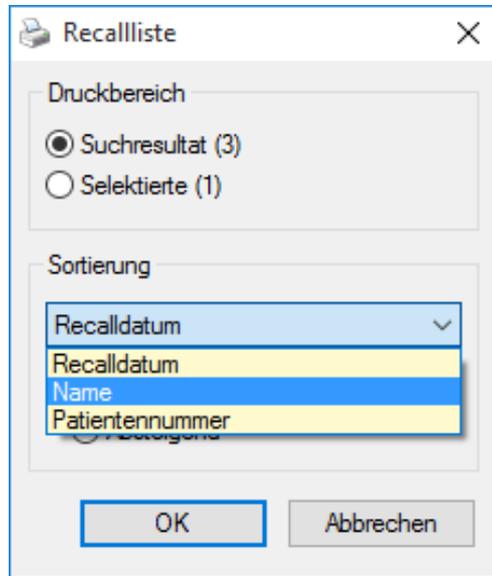


Anschließend lässt sich die Recall-Liste durch Klick auf das Druckersymbol ausgeben:



Recallliste Sortierung

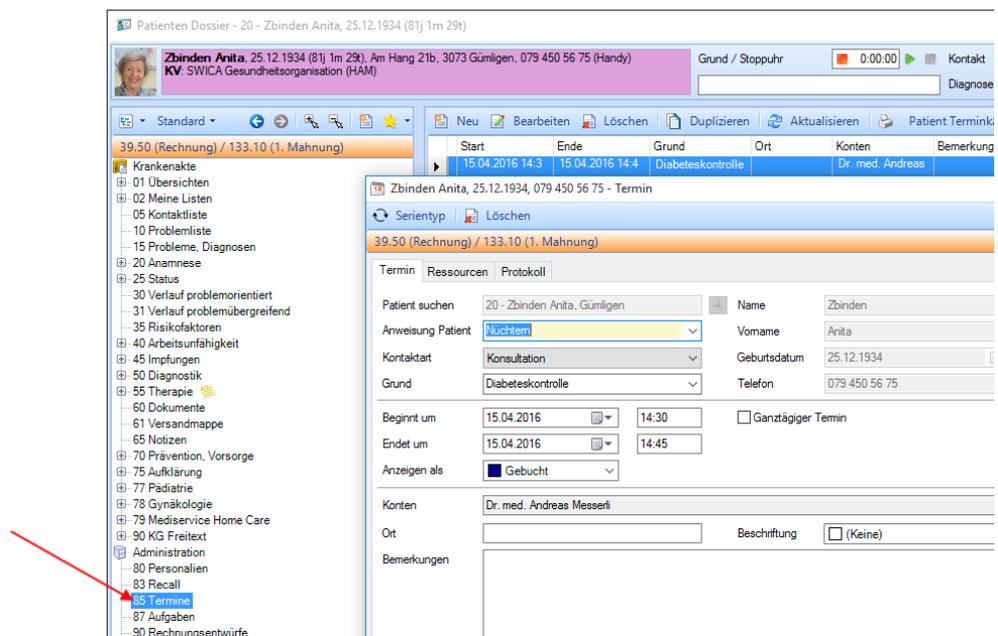
Die auszugebende Recallliste lässt sich nach Recalldatum, Name des Patienten oder nach Patientennummer auf- oder absteigend sortieren; ausserdem lässt sich der Druckbereich auf einen bis alle Recall-Patienten festlegen:



1.4.23.3 Termine

Termine verwalten:

Unter „Termine“ werden die vergangenen und zukünftigen Termine des Patienten angezeigt und können bei Bedarf bearbeitet werden:



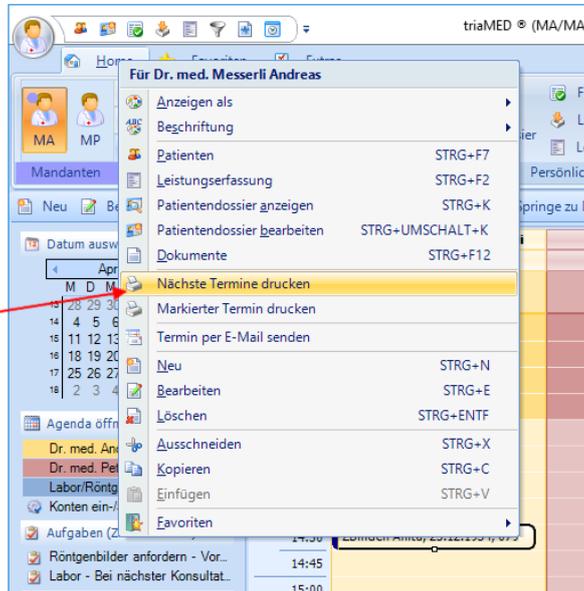
Folgetermine

Folgetermine werden über die Agenda vereinbart.

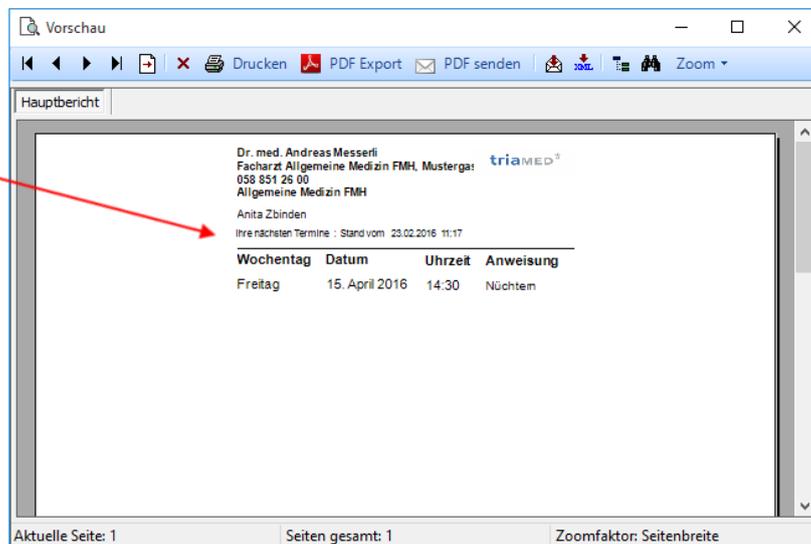
Terminkärtli

Terminkärtli können via rechten Mausklick auf den vereinbarten Termin unmittelbar ausgedruckt werden:

Rechtsklick auf Termin öffnet Kontextmenü mit der Möglichkeit Terminkärtchen zu drucken



Terminkärtchen in der Vorschau



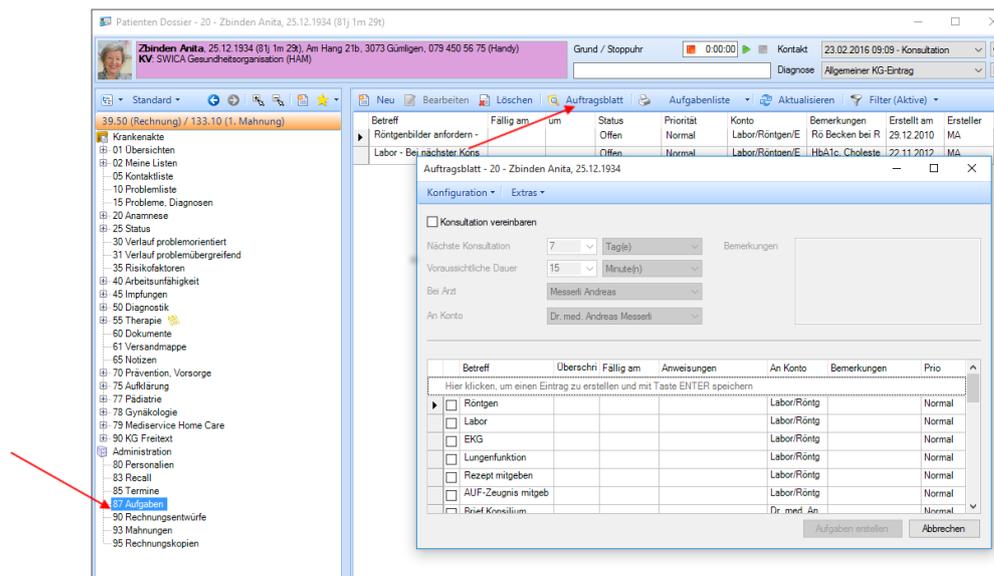
1.4.23.4 Aufgaben - Arbeitsliste, Auftragsblatt

Aufgaben Die auf der Grundansicht hinterlegte Rubrik „Aufgaben“ dient dazu, Notizen und vorzunehmende Tätigkeiten festhalten zu können. Das Datum der Erstellung sowie das Kürzel des Erstellers werden angezeigt. Änderungen von Aufgaben werden zur Nachverfolgung protokolliert.

Arbeitsliste, Aufgabenblatt In der Arztpraxis werden die erbrachten Leistungen pro Patient in der Regel gleichentags erfasst. Häufig erfolgt dabei die Leistungs- und Datenerfassung durch verschiedene Personen. Also müsste jeder Patient am Tag seines Besuches in der Praxis mehrmals im Computersystem über ein Suchfenster ausgewählt werden.

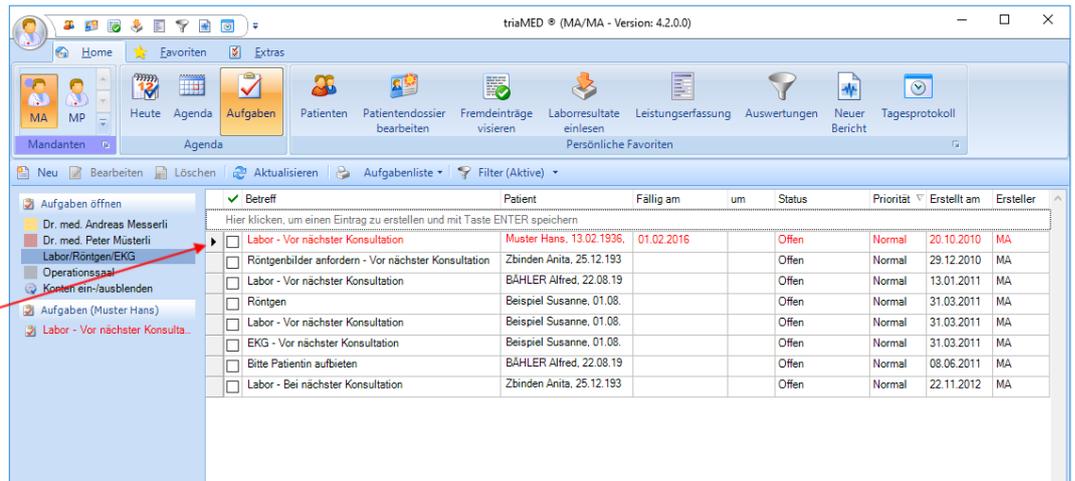
Aufgrund dieser Überlegungen lohnt es sich, alle Patienten eines bestimmten Tages in einer sog. Arbeitsliste zusammenzustellen. Befindet sich ein Patient in der Arbeitsliste, können von hier aus nun mit einem Mausklick alle Arbeiten erledigt werden, so zum Beispiel die Überprüfung der Personalien und das Erfassen der Leistungen. Der Arbeitsaufwand wird verringert und die Übersichtlichkeit erhöht.

Aufgaben verwalten: Unter „Aufgaben“ können die den Patienten betreffenden Aufgaben verwaltet werden. Von hier aus kann der Arzt auch direkt das **Auftragsblatt** bearbeiten:



Bei Erstellung einer neuen Aufgabe erscheint einmalig ein Fenster zur Festlegung des Vorgabekontos, sofern für den Benutzer noch kein Agenda-Standard-Konto definiert ist. Diese Einstellung kann in der Konfiguration wieder überschrieben werden.

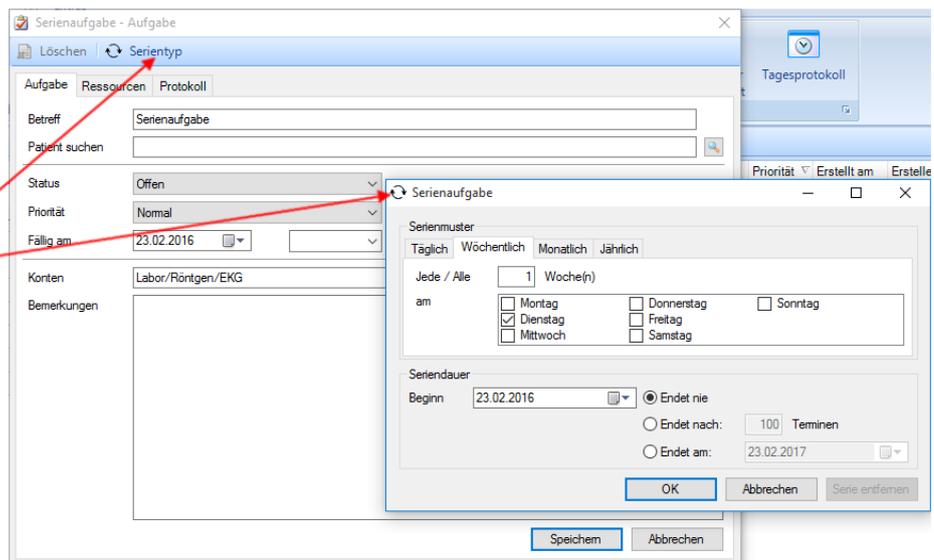
Aufgabenliste drucken: Die patientenbezogene Aufgabenliste kann durch Klick auf das Druckersymbol ausgedruckt werden (ab Version 3.3.2.2.).



Erfassung der zu erledigenden Aufgaben im Aufgabenblatt.

Serienaufgaben

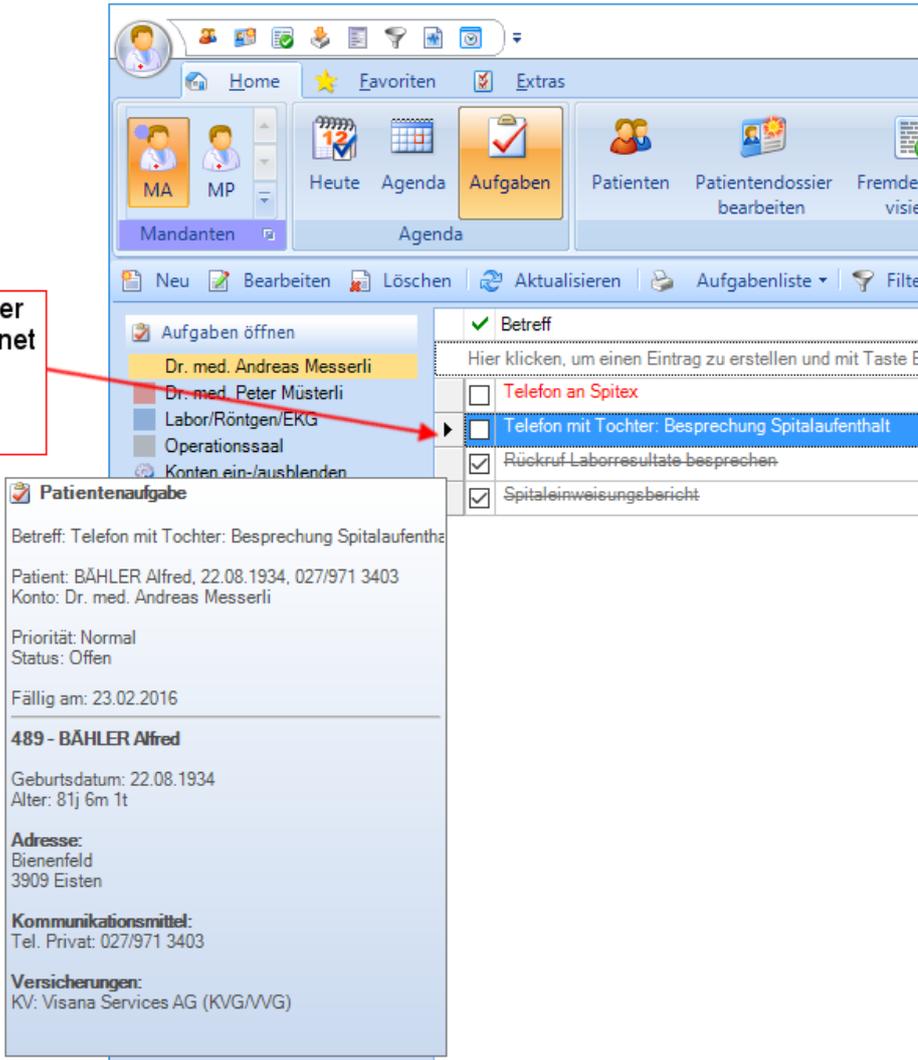
Zur Unterstützung von wiederkehrenden Aufgaben ist auch die Erfassung von Serienaufgaben – analog den Serienterminen – möglich:



In den Aufgaben kann über den Filter die Auswahl „nächster Tag“ gewählt werden, wodurch nur die überfälligen und die am nächsten Tag fälligen Aufgaben angezeigt werden. Die Liste kann ausgedruckt werden.

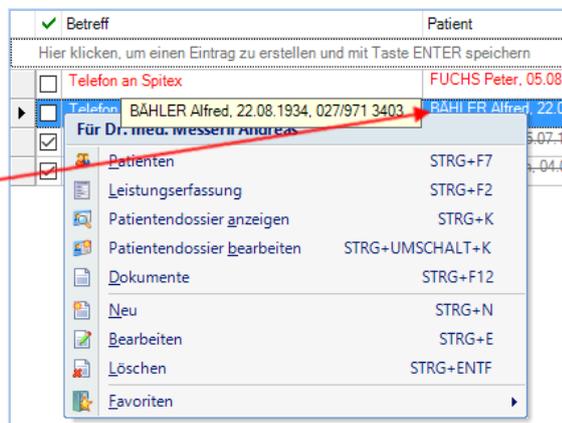
Alle Aufgaben/Tätigkeiten, deren Fälligkeitstermin überschritten ist, werden in roter Farbe dargestellt.

Sobald die Maus sich über der Aufgabe befindet, öffnet sich eine Box mit den wichtigsten Infos zum Patienten



Über Rechtsklick auf den betreffenden Patienten können über ein Kontextmenu die erforderlichen Bearbeitungsaufgaben direkt aufgerufen werden:

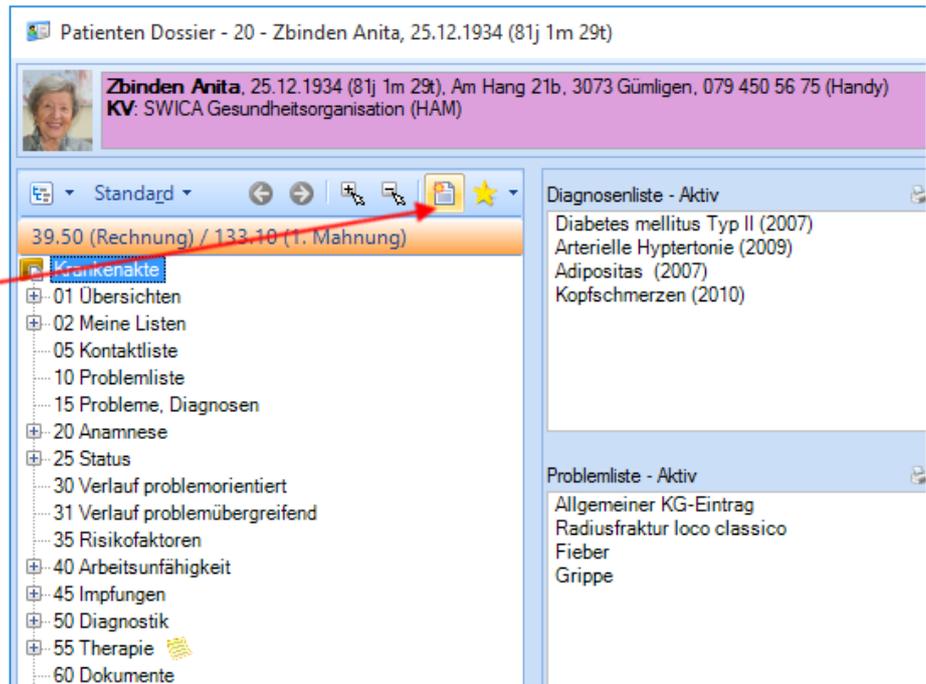
Aufrufen sämtlicher Bearbeitungsaufgaben via rechten Mausklick auf den Patienten



Auftragsblatt

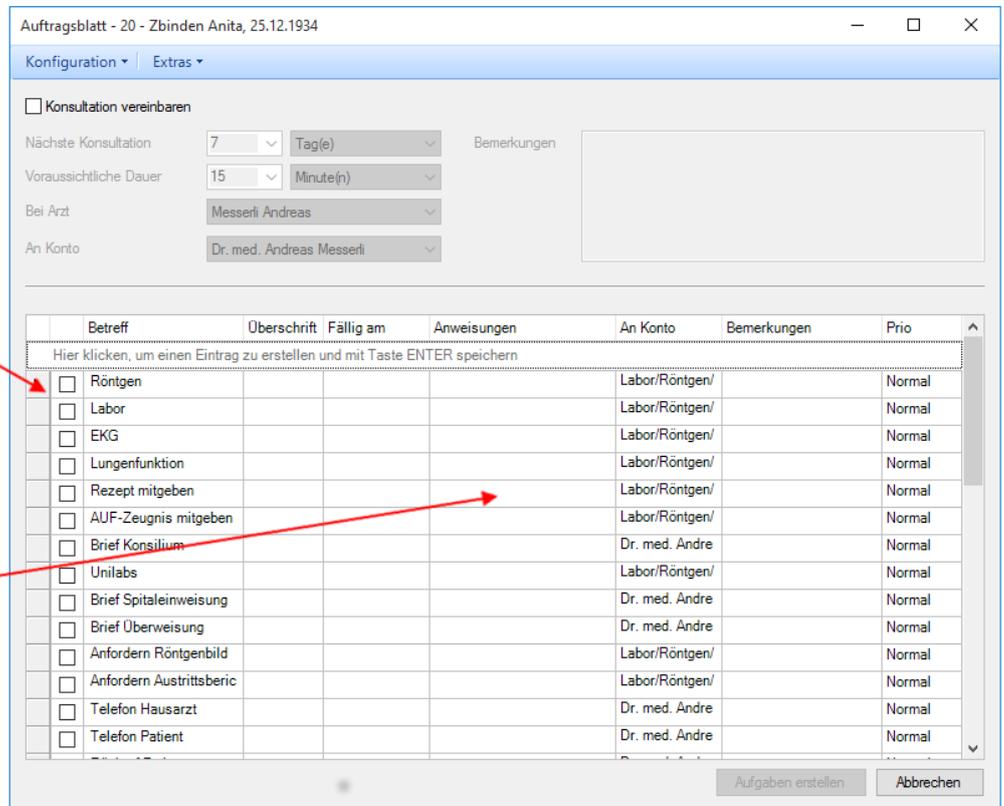
Die „Aufgaben“ können auch direkt im Patientendossier über das „**Auftragsblatt**“ erteilt werden:

Direkter Aufruf des Auftragsblattes von der KG-Übersicht aus



Erfassung von Aufträgen auf dem Auftragsblatt

Festlegen der ausführenden Stelle / Person

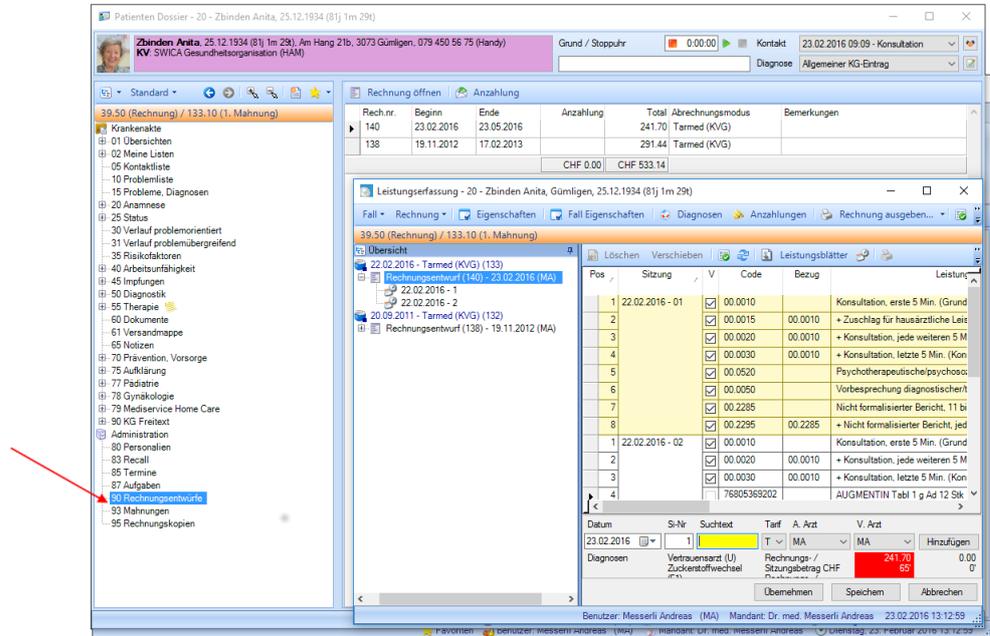


Es kann definiert werden, wem diese Aufgaben zugeteilt werden sollen (Arzt/MPA etc.)

1.4.23.5 Rechnungsentwürfe

Rechnungsentwürfe einsehen und bearbeiten:

Unter „Rechnungsentwürfe“ können diese direkt überprüft und bearbeitet werden:



1.4.23.6 Mahnungen, Rechnungskopien

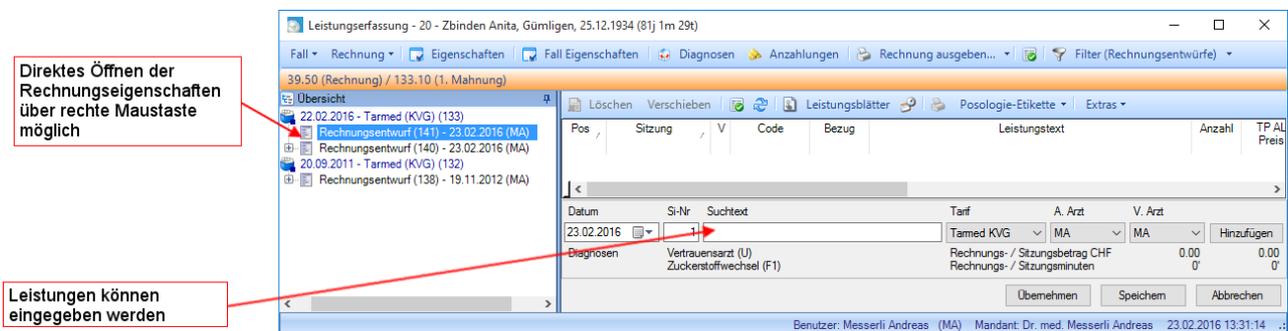
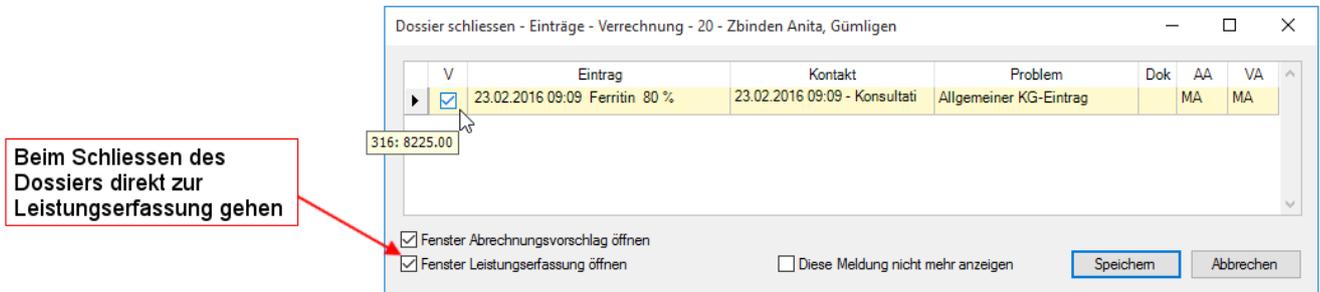
Mahnungen, Rechnungskopien:

Unter diesen Navigationspunkten lassen sich die Mahnungen und Rechnungskopien des Patienten prüfen und bei Bedarf bearbeiten.

1.5 Patientendossier schliessen

Dossier schliessen

Beim Schliessen des Patientendossiers besteht die Möglichkeit, die Leistungserfassung direkt aufrufen zu lassen (Checkbox aktivieren). Dabei werden erkannte verrechenbare Leistungen automatisch zur Verrechnung vorgeschlagen.



Die Leistungserfassung kann nun direkt beim aktuellen Fall auf dem aktuellen Rechnungsentwurf erfolgen.

1.5.1.1 Automatische Abrechnung aus KG

Automatische Abrechnung

aus KG

zur automatischen Abrechnung können vorgeschlagen werden:

- Leistungen aus der Selbstdispensation
- Leistungen aus dem Laborblatt
- Leistungen von Laborgeräten
- Leistungen von z.B. GDT-Dateien (aus Schnittstellen)

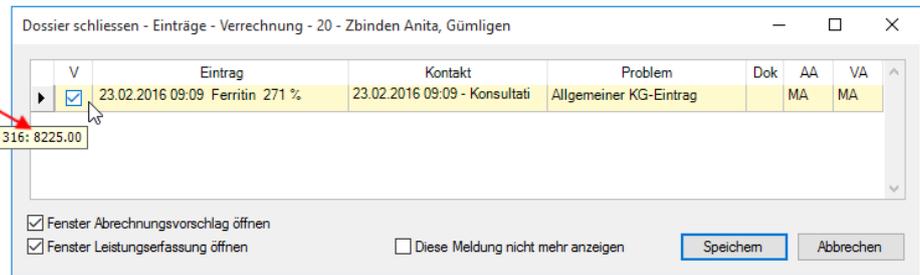
Alle möglichen Leistungen eines Patienten können aufgelistet und dann verbucht werden. Welche Leistungen vorgeschlagen werden ist konfigurierbar.

Nach Schliessen der KG (oder Aufruf aus triaMED) erscheint das Session-Fenster. Die Spalte 'V' gibt an, ob ein Eintrag verrechenbar ist.

Entfernt man das Häkchen, wird der Eintrag aus dem Abrechnungsvorschlag entfernt.

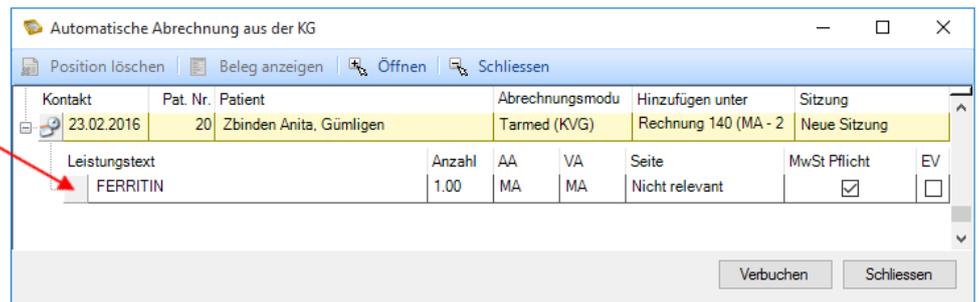
Der Tooltip zeigt die hinter dem Eintrag befindlichen Tarifpositionen

Session Fenster mit verrechenbaren Leistungen aus KG



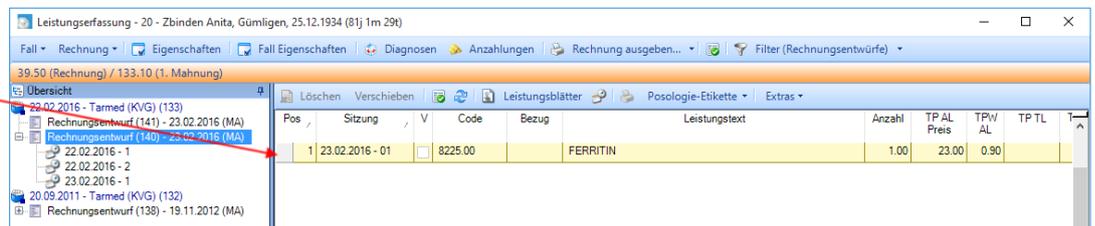
Mit Speichern kommt man ins Fenster „Automatische Abrechnung aus der KG“

Fenster mit verrechenbaren Leistungen aus KG



Mit dem Verbuchen werden die Leistungen in die Leistungserfassung übernommen:

Rechnungsentwurf mit übernommener Tarifposition



Automatische Abrechnung

aus KG zur automatischen Abrechnung können vorschlagen werden:

- Leistungen aus der Selbstdispensation
- Leistungen aus dem Laborblatt
- Leistungen von Laborgeräten
- Leistungen von z.B. GDT-Dateien (aus Schnittstellen)

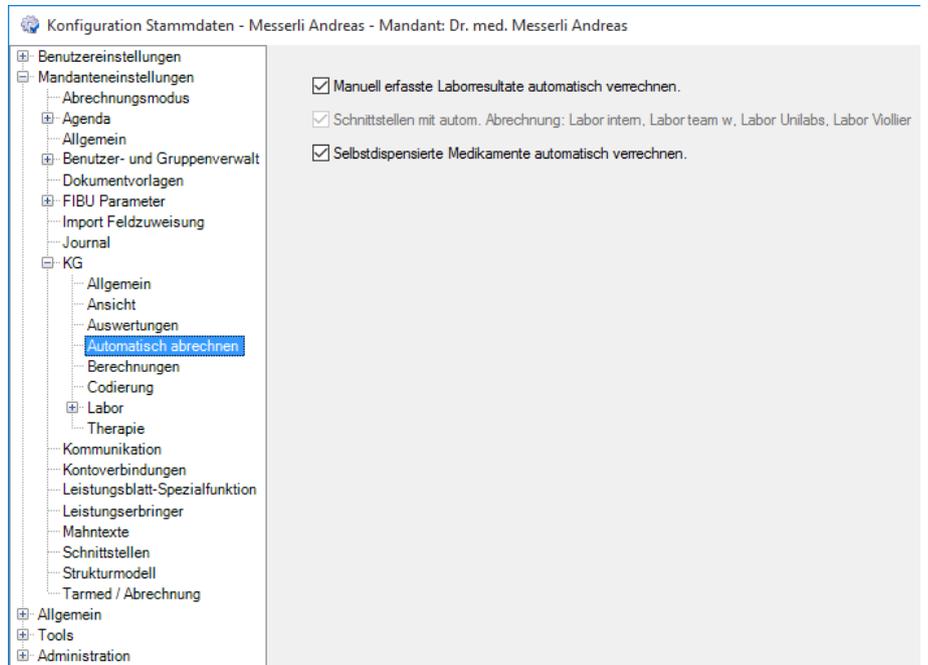
Alle möglichen Leistungen eines Patienten können aufgelistet und dann verbucht werden. Welche Leistungen vorgeschlagen werden ist konfigurierbar.

Nach Schliessen der KG (oder Aufruf aus triaMED) erscheint das Session-Fenster. Die Spalte 'V' gibt an, ob ein Eintrag verrechenbar ist.

Entfernt man das Häkchen, wird der Eintrag aus dem Abrechnungsvorschlag entfernt.

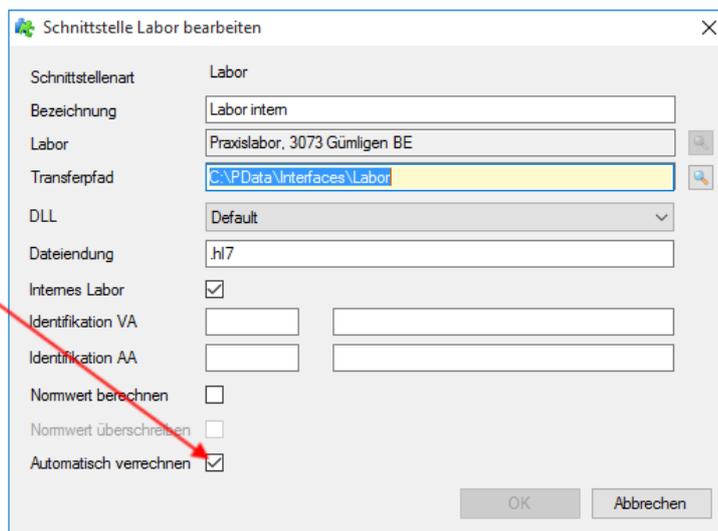
Konfiguration automatische
Abrechnung

Pro Mandant kann unter Extras / Konfiguration / Mandanteneinstellungen / KG / Automatisch abrechnen eingestellt bzw. beauskunftet werden, was automatisch abgerechnet werden soll (Laborschnittstellen).



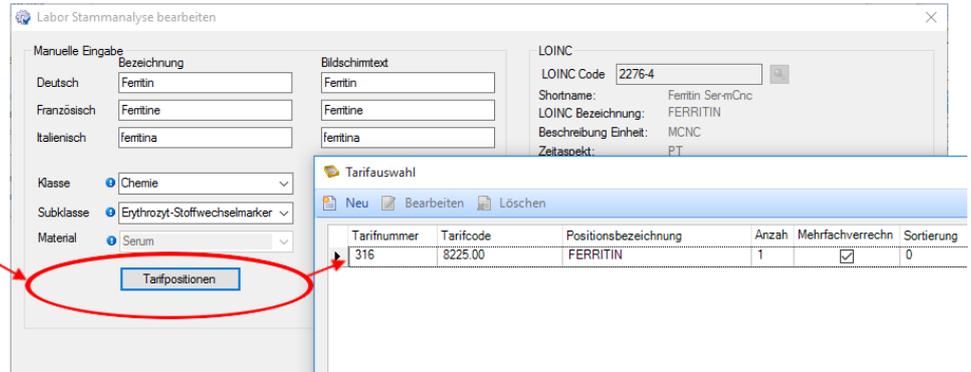
Konfiguration für automatische Abrechnung Labor:

Häkchen für automatische Verrechnung Labor



Sollen Laboranalysen automatisch abgerechnet werden, so muss auf den Stammanalysen ein Tarif hinterlegt sein.

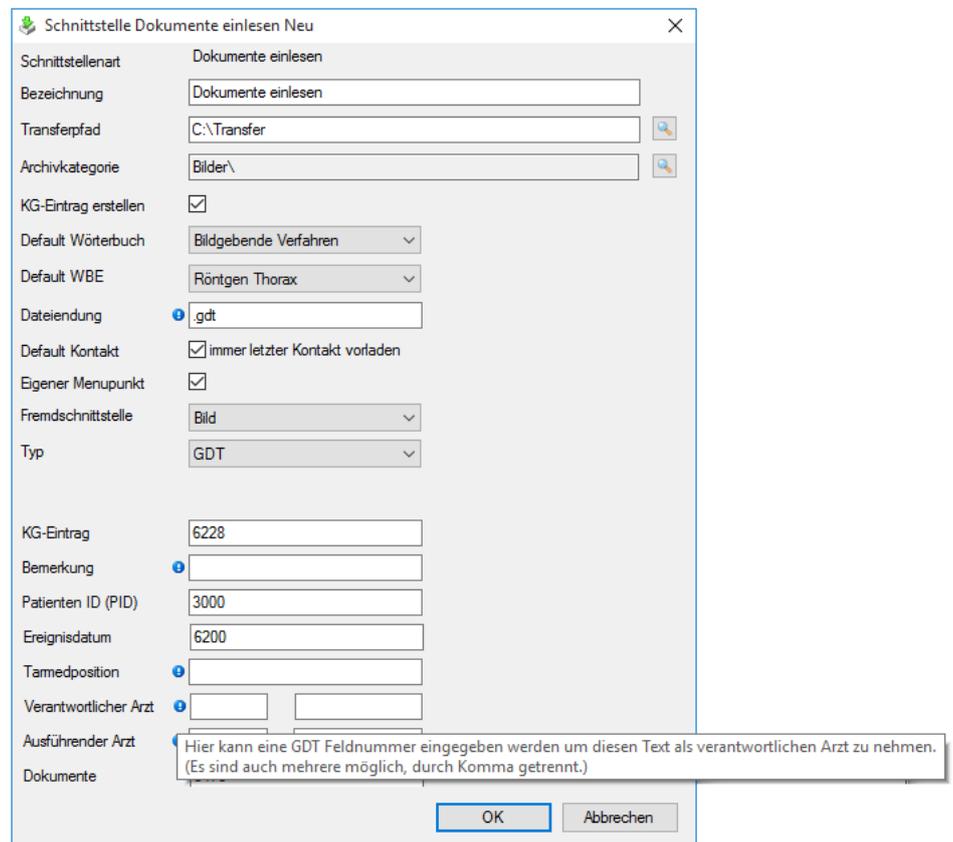
Tarifpositionen auf Stammanalysen



Konfiguration automatische Abrechnung aus GDT-Schnittstelle

Pro Mandant kann unter Extras / Konfiguration / Mandanteneinstellungen / Schnittstellen / Dokumente einlesen konfiguriert werden, dass eingelesene Daten, welche den konfigurierten Anforderungen entsprechen, automatisch in die KG und in die Abrechnung – in den Rechnungsentwurf übernommen werden.

Auf der Konfiguration der Schnittstelle kann eingestellt werden, welcher VA und AA automatisch vorgeschlagen werden soll.



1.6 Leistungserfassung

Vorbemerkung: Dies ist nur eine **grobe Übersicht** über die Leistungserfassung in triaMED! Genauere Angaben finden Sie

Konfiguration Rechnungsnummer

Üblicherweise wird pro Mandant definiert, ab welcher Rechnungsnummer abgerechnet werden soll:

Rechnungsnummer pro Mandant konfigurieren

PD Mandanten-Nr.	Mandant
7	Dr. med. Messerli Andreas
8	Müsterli Peter

Mandantenübergreifende Rechnungsnummer:

In Gruppenpraxen oder Ärzteketten kann es sinnvoll sein, eine Rechnungsnummer über alle Mandaten zu führen:

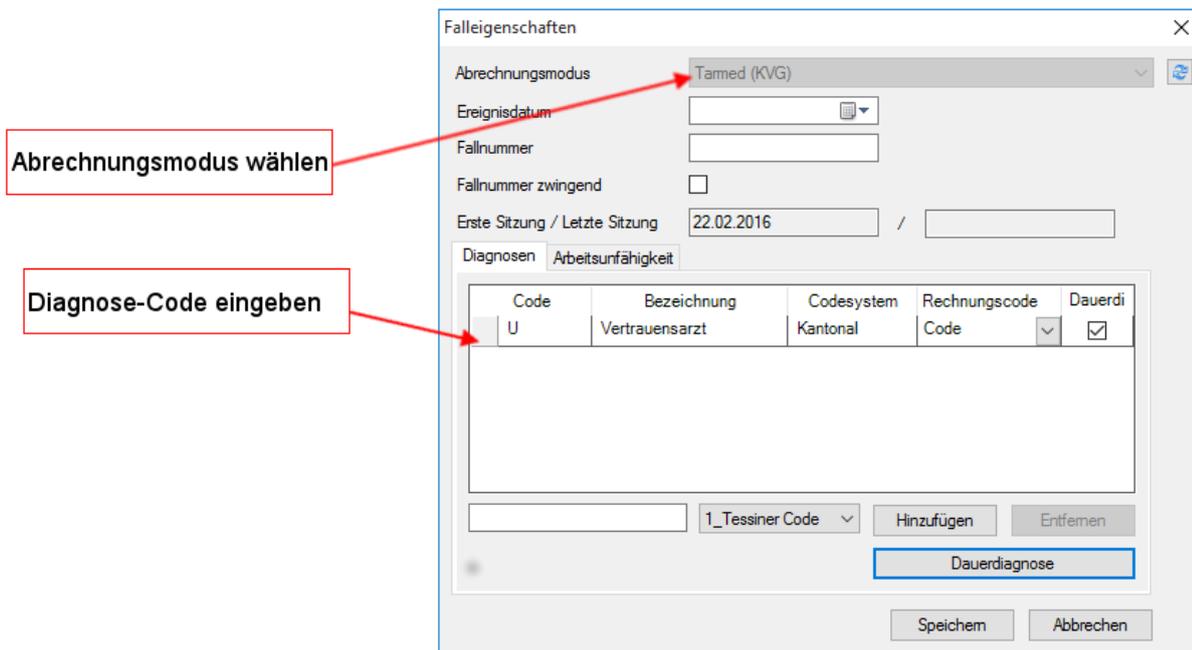
Konfiguration Mandanten übergreifende Rechnungsnummer

Der Nummernstart kann nicht vorgegeben werden, da auch ein Zusammenführen von verschiedenen Rechnungsnummernkreisen vorgesehen ist. Dabei wird automatisch eine Nummer gewählt, welche grösser ist als die grösste bisher genutzte Nummer, beurteilt über alle für einzelne Mandanten bisher vergebene Nummern.

Rechnungsentwurf eröffnen Die Eröffnung eines Rechnungsentwurfs erfolgt über das triaMED-Menu „Leistungserfassung“, über die Favoriten, mit dem Kürzel (Ctrl+F2), direkt aus dem Patientendossier heraus über den Navigationspunkt „Administration -90“ oder beim Schließen des Patientendossiers (vgl. 4.8.).

Nachdem im Suchfenster der Patientename oder die Patientennummer eingetragen und mit Enter bestätigt wird, öffnet sich ein neuer Fall oder der bestehende Rechnungsentwurf.

Falleigenschaften



Der gewünschte Abrechnungsmodus (KVG, UVG, MV, IV etc.) kann unter der Rubrik „Abrechnungsmodus“ ausgewählt werden.

Die Diagnosen können z.B. über den Tessinercode oder ICD10 hinterlegt werden.

Verschiedene nicht selbsterklärende Felder der Falleigenschaften / Leistungserfassung / Rechnungsentwürfen sind mit Toolliptexten ergänzt.

Wird ein bestehender Rechnungsentwurf geöffnet, für welchen die Diagnose noch nicht erfasst ist, wird entweder direkt das Diagnosefenster gezeigt oder eine Messagebox – dies ist beim Abrechnungsmodus einstellbar.

Rechnungseigenschaften

Rechnungseigenschaften

Algemein | Druck- / Sendeoptionen | Zahlungsparameter | Tarife | Adressen | Zusammenfassungen

Laufzeit Rechnung: 23.02.2016 bis 23.05.2016 (90 Tage)

Gesetz: KVG | Vergütungsart: Tiers garant

Rechnungsart: Schlussrechnung | Kanton: BE

Behandlungsgrund: Krankheit | Vertrags-Nr.:

Versicherten-Nr.: 123-456-789 | Betriebs-Nr.:

Verechnung: AL & TL | Erbringungsort: Praxis

Diagnose zwingend: | Leistungserbringer: Messerli Andreas

Rechn.bemerkungen:

Adressen:

Arbeitgeber:

Zuw. Arzt/Inst.: Meyer Peter, 9320 Arbon

Gesetzl. Vertreter: Zbinden Anita, 3073 Gümligen

Versicherung: SWICA Gesundheitsorganisation, 8401 Winterthur

Speichern | Abbrechen

Rechnungseigenschaften können jederzeit angepasst werden (Rechtsklick).

Leistungserfassung

Im Erfassungsfenster „Code“ werden die Leistungen erfasst. Hinzugefügte Leistungen können bearbeitet (z. B. Änderung Datum über rechte Maustaste – Sitzungseigenschaften), oder auch über „Leistungen löschen“ entfernt werden.

Leistungen werden über das Code-Fenster erfasst

Leistungserfassung - 20 - Zbinden Anita, Gümligen, 25.12.1934 (81) 1m 29t

Fall - Rechnung - Eigenschaften | Fall Eigenschaften | Diagnosen | Anzahlungen | Filter (Rechnungsentwürfe)

39.50 (Rechnung) / 133.10 (1. Mahnung)

Übersicht

Pos	Sitzung	V	Code	Bezug	Leistungsstext	Anzahl	TP AL Preis
1	22.02.2016 - 01	<input checked="" type="checkbox"/>	00.0010		Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)	1,00	9.
2		<input checked="" type="checkbox"/>	00.0015	00.0010	+ Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis	1,00	10.
3		<input checked="" type="checkbox"/>	00.0020	00.0010	+ Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)	2,00	9.
4		<input checked="" type="checkbox"/>	00.0030	00.0010	+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)	1,00	4.
5		<input checked="" type="checkbox"/>	00.0520		Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Fac	1,00	9.
6		<input checked="" type="checkbox"/>	00.0050		Vorbesprechung diagnostischer/therapeutischer Eingriffe mit P	1,00	9.
7		<input checked="" type="checkbox"/>	00.2285		Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text	1,00	21.
8		<input checked="" type="checkbox"/>	00.2295	00.2285	+ Nicht formalisierter Bericht, jede weiteren 35 Zeilen Text	1,00	17.

Datum: 22.02.2016 | S-Nr: 1 | Suchtext: | Tarif: Tarmed KVG | A. Arzt: MA | V. Arzt: MA | Hinzufügen

Diagnosen: Vertrauensarzt (U) | Zuckerverstoffwechsel (F1) | Sitzungsbetrag CHF: 159,08 | Sitzungsminuten: 50'

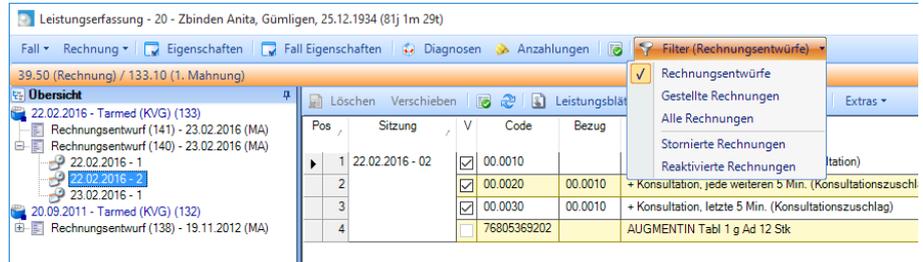
Übernehmen | Speichern | Abbrechen

Benutzer: Messerli Andreas (MA) | Mandant: Dr. med. Messerli Andreas | 23.02.2016 14:43:20

Hinzugefügte Leistungen können bearbeitet (z. B. Änderung Datum über rechte Maustaste – Sitzungseigenschaften), oder auch über „Leistungen löschen“ entfernt werden.

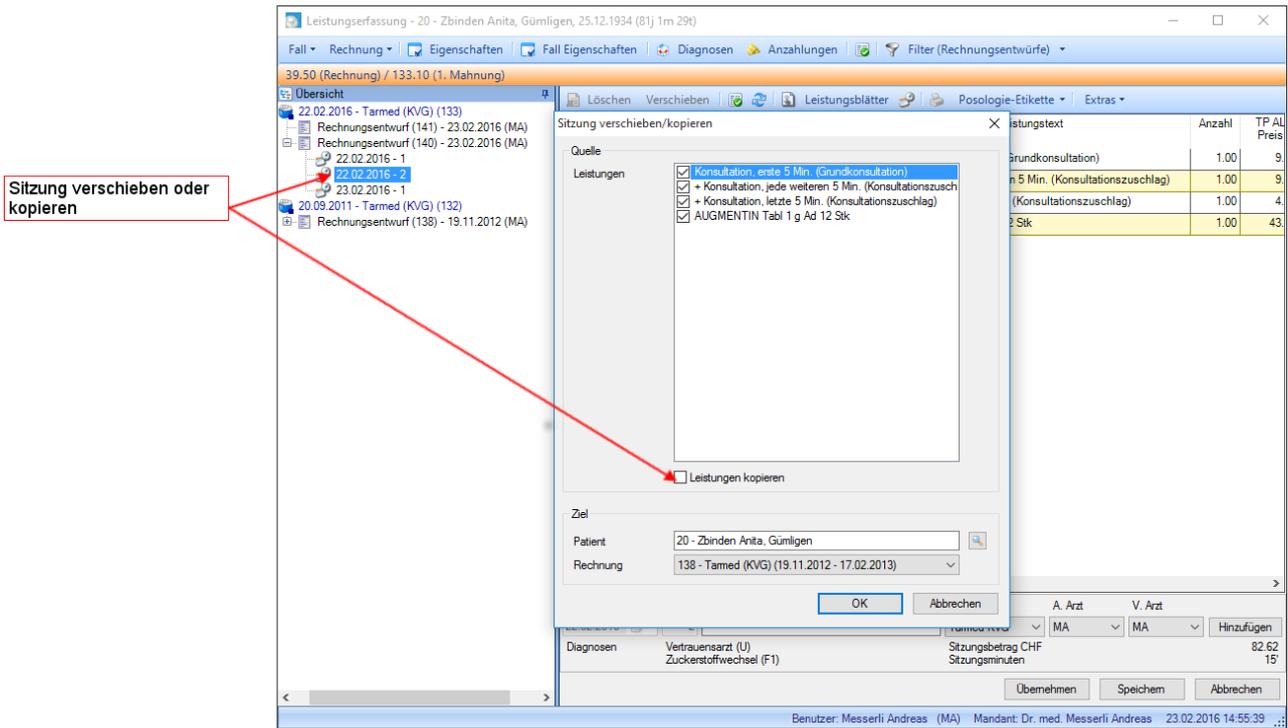
Erfasste Leistungen können markiert und innerhalb der Sitzung mit drag and drop in der Reihenfolge verschoben werden. Die Positions-Nummerierung wird dabei automatisch angepasst.

Über eine Filterfunktion wird bestimmt, ob „Rechnungsentwürfe“ oder „Gestellte Rechnungen“ etc. dargestellt werden:

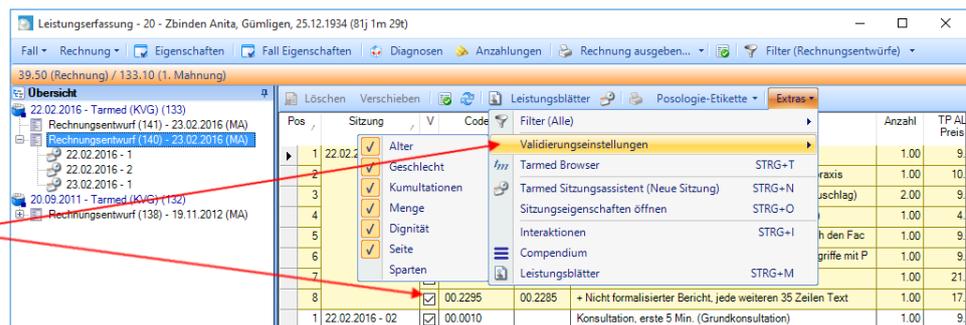


Sitzung verschieben
oder Kopieren

Erfasste Leistungen können mit rechter Maustaste auf der Sitzung – auch sitzungübergreifend - verschoben oder kopiert werden:



Die eingegangenen Leistungen können sofort oder auch erst vor Rechnungsstellung auf Richtigkeit validiert werden. Die diesbezüglichen Einstellungen werden unter Extras vorgenommen



Die Leistungen werden entsprechend den Validierungseinstellungen validiert. Fehlerhafte Leistungen werden in der Leistungserfassung mit einem roten Kreuz markiert. Die Fehlermeldung wird angezeigt, wenn Sie mit der Maus über das rote Kreuz fahren. Nebst Anklicken der Buttons „Validieren“ oder „Alles Validieren“ kann mit Ctrl + V einzeln oder mit Ctrl + A alles validiert werden.

Es ist auch parametrierbar, ob die sitzungsübergreifende Validierung auch mandantenübergreifend funktioniert oder nicht. (Mandantenparameter)

Spezialzeichen

<: Direktzugriff auf die Blockleistungen

§: Zugriff auf die Apotheke, ohne die Tarifart wechseln zu müssen.

\$: angefügt an eine Tarifposition wirkt als Multiplikator (...\$).

Beispiele

k20< = Blockleistung Konsultation 20 Minuten

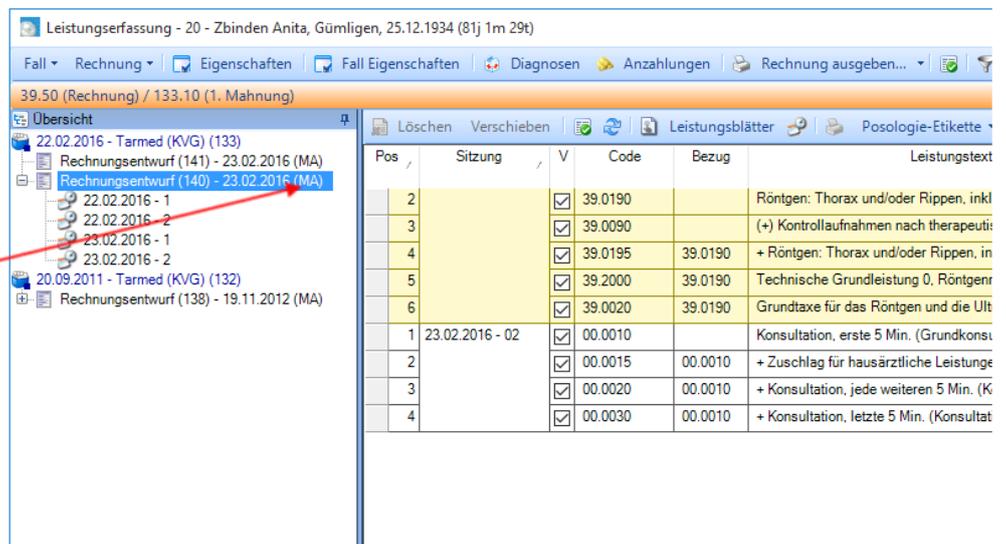
Daf§ = 1 Medikament Dafalgan

Daf§2 = 2 Medikamente Dafalgan

Anzeige Leistungserbringer

Mit dem Modul MEZ Abrechnung ist bei der Rechnungsentwurfsauswahl in der Leistungserfassung der Leistungserbringer (Kürzel) direkt im Baum ersichtlich

Anzeige Leistungserbringer im Baum der Leistungserfassung

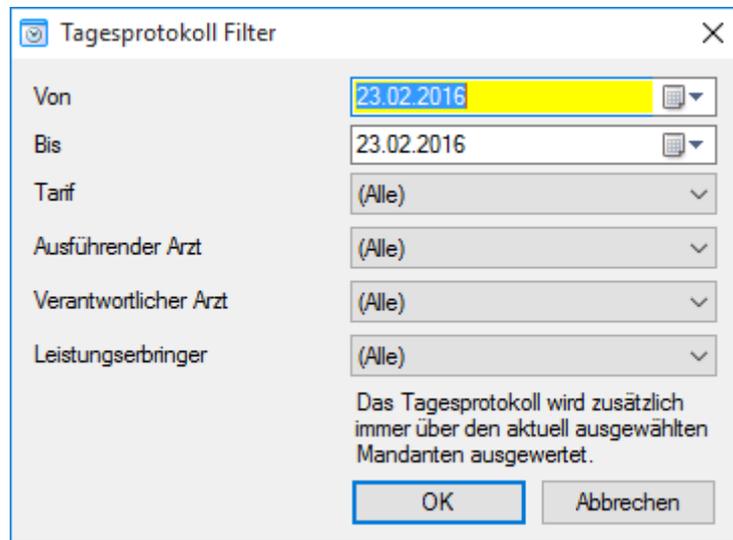
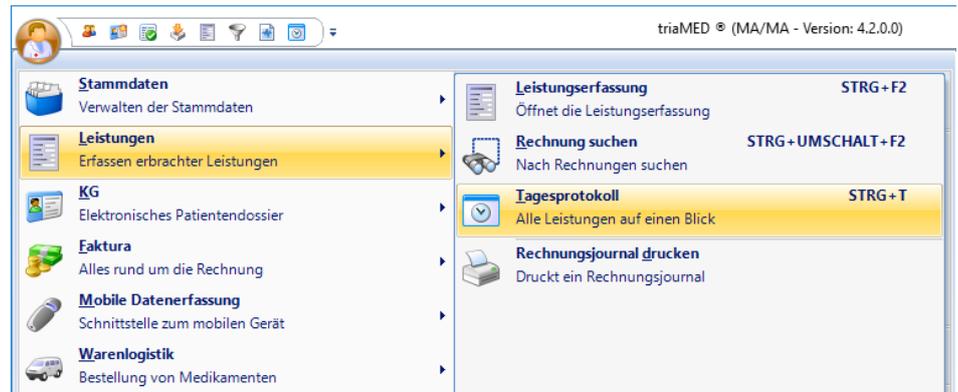


Tarif-Filter

Auf den erstellten Rechnungen ist der Tarif-Filter neu auch aktiv. So kann zum Beispiel nach abgegebenen Medikamenten gesucht werden.

Tagesprotokoll

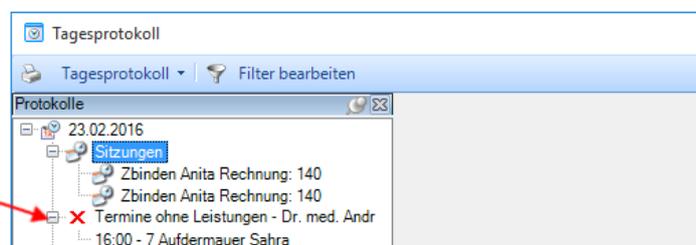
Mit dem Tagesprotokoll kann man die erfassten Leistungen anzeigen oder ausdrucken lassen (Filter „Alle“) sowie nach AA, VA und einem Leistungserbringer filtern.



Patiententermine ohne Leistungen

werden auf dem Tagesprotokoll speziell ausgewiesen

Termine ohne Leistungen



1.7 Index

A

AA, VA	7
Abgabevorschlag	100
Abgesetzte Medikamente anzeigen	81
Abgesetzte Medikamente neu verordnen	82
Absetzgrund erfahren	84
Absetzgründe auswerten	84
Administration	128
Allergiecheck	89
Allergien	42, 119
Allgemeiner KG-Eintrag	27
Allgemeinstatus	44
Allgemeinstatus ausführlich	45
Allgemeinstatus Freitext	44
Allgemeinstatus halbstrukturiert	46
Allgemeinstatus kurz.....	46
Analysenresultate	68
Anamnese.....	37
Anamnese Detailansicht.....	38
Anamnese Übersicht	37
Anzeige Leistungserbringer	146
Arbeitsliste	133
Arbeitsunfähigkeit	64
Arbeitsunfähigkeitszeugnis	65
Aufgaben	133
Aufgaben verwalten	133
Aufgabenblatt.....	133
Aufgabenliste drucken	133
Aufklärung.....	122
Aufruf Erfassungsbildschirm	61
Aufruf Versandmappe.....	107
Auftragsblatt.....	136
Ausdruck Verlaufseinträge.....	59
Ausdrucken Laborblatt.....	69
Automatische Abrechnung aus KG	138, 139
Automatische Eröffnung Versandmappe.....	109
Automatischer Eintrag	40
Automatisches Absetzen	83

B

Basisinformationen.....	17
Baumansicht.....	32
Bearbeitung Diagnosen.....	55
Befundänderung im zeitlichen Verlauf	39
Befundauswahl.....	38
Behandlungen	102
Bemerkungen	68
Bemerkungen in Freitext	64
Bemerkungen zu Laborbefunden.....	70
Bemerkungen zum Rezept.....	85
Berechnungen	123
Berichterstellung.....	104
Bilder	68

C

Cave	119
Checklisten	120
Compendium	91

D

D, AK, R, V	74
Darstellung Verlauf problemorientiert einzeilig	52
Darstellung Verlauf problemorientiert mehrzeilig	52
Definition von Textbausteinen	63
Detaileintrag bearbeiten	16
Detailfenster KG-Eintrag	5
Diagnose (Freitext) erfassen.....	53
Diagnose (Wörterbuch) erfassen	53
Diagnose Detail	56
Diagnose umbenennen	22
Diagnostik.....	68
Direkte Medi-Aufnahme.....	93
Dispens	64
Dok	10
Dokument pro Medikament	80
Dokumente	64, 104
Dokumente als pdf an Versandmappe.....	111
Dokumente als zip speichern	106
Dokumente an die Versandmappe senden.....	110
Dokumente zuordnen	30

Dokumente, Drag&Drop	16	Farben kumulativ	70
Dokumentenerfassungsmenu	31	Farben Therapieplan	74
Dokumentenmappe	106	Favoriten	104
Dokumentenverwaltung	104	Faxversand aus der Versandmappe	115
Doppelklick Spaltenheader	14	Filter Diagnose	55
Doppelklicken Spaltenheader	71	Folgetermine	132
Dosierung	74	Freitext	45, 102
Dosierungs-History	95	Freitexteinträge	38
Dosierungskarte	87	Fremddokumente	104
Dosierungskarte gruppiert	87	G	
Dossier schliessen	138	Galdat	74
Drop Down-Felder	45	Geburtstermin	123
Drop Down-Liste	64	Gelb	34
Drucken Laborblätter	69	Geplante Impfungen	67
E		Grid	10
Einstellungen speichern	4	Grosslabor	72
Eintrag	4	Grundfunktionen	49
Eintrag markieren	16	Grundsätzliche Bedienung	8
Einträge bearbeiten	16	Gynäkologie	48, 123
Elektronisches Rezept	96	H	
Episoden in triaMED	20	Hospitalisationen	40
Episoden-Ansicht	56	I	
Episodenbezogene Dokumentation	21	Icon Memo intern	88
Episodenfilter Kumulativ	23	ICPC-2	103
Ereignisdatum	71	Impfungen	66
Erfassungsmaske	49	Info	8
Erstellen Rezept	85	Information zum Therapieende	81
eRx	96	Interaktionscheck	89, 92
Export	65	Intrauterine Wachstumskurven	124
Export aus Tabellenansicht	19	K	
Export grundsätzlich	19	KG-Detaileintrag	15
Export Spezialfälle	20	Kodierung	103
Export Textübersicht	28	Kommentare zu Laborbefunden	70
Export über Druckvorschau	20	Kompendium-Informationen	90
Externes Labor	72	Konfiguration automatische Abrechnung	140
Extras	65	Konfiguration automatische Abrechnung aus GDT- Schnittstelle	141
F		Konfiguration Rechnungsnummer	142
Falleigenschaften	143	Konfiguration Textübersicht	28
Farben	34	Kontakt	6
Farben Dokumente	104	Kontakt auswählen	6

Kontaktart	7	Neu	15
Kontakte	56	Neuer Kontakt erstellen	6
Kontaktzahl einstellen	27	neuer Verlaufseintrag	30
Kontextmenu	135	Neurologie	48
Kopieren in Verlaufseintrag	58	Notizen	65, 118
Krankenakte	25	Nummernwahl Navigation	9
Krankheit,	64	O	
Kumulativ drucken	39	Operationen	103
Kumulativansicht	70	Operationen und Eingriffe	103
Kumulativ-Ansicht	38, 49	Organsysteme	46
Kumulativansicht generell	13	Orthopädie	48
Kurzanzeige-Leiste	59	P	
Kurzanzeigeleiste als Standard	60	Pädiatrie	48
L		Pädiatrische Vorsorge	120
Laborblatt	68	Parametrierung	68
Laborparameter	68	Partielle Kontakte	33
Laborresultate	68	pathologische Befunde	63
Leistungserfassung	138, 144	Patientendossier	136
Liste der Hospitalisationen	40	Patiententermine ohne Leistungen	147
Listenbildschirm	9	Personalien	128
Lokalstatus	48	Persönliche Anamnese	40
Löschen	18	Perzentilen - Berechnung	126
M		Pillenverschreibung	122
Mahnungen	137	Position in Kurzanzeige-Leiste	60
Mandantenübergreifend	146	Posologie-Etikette	93
Mandantenübergreifende Rechnungsnummer ...	142	Prävention, Vorsorge	120
Medikamente als Freitext	80	Prinzip Versandmappe	106
Medikamente erfassen	74	Private Notizen	118, 119
Medikamente-Memo intern	88	Problem Verknüpfung	33
Medikamentenerfassung	87	Probleme, Diagnosen	35
Medikamentenliste	95	Problemliste	32
Medikation	74	Problemliste kopieren	33
Mehrfacherfassung Medikamente	95	Problemübersicht	30
Messwerte	49	Problemübersicht bearbeiten	32
Mutterpass / Schwangerschaftspass	124	Psychiatrie	48
N		R	
N und P gleichzeitig	38	Recall	129
N(ormal), P(athologisch)	38	Recallart definieren	129
Navigationsbaum	8, 37, 45	Recalliste Sortierung	131
Navigationsknoten Info	8	Recalliste	129

Rechnungseigenschaften	144	Sortierung Diagnosen.....	54
Rechnungsentwurf.....	138	Spezialzeichen	146
Rechnungsentwurf eröffnen	143	SSW	123
Rechnungsentwürfe einsehen	137	Stammdiagnosen	128
Rechnungskopien	137	Standardproblem.....	22
Rechte Maustaste.....	10	Status	43
Rechtsklick.....	37, 43	Status Übersicht	43
Referenzierung	47	Substitutionsvorschläge	90, 91
Referenzorientiert	47	T	
Register.....	68	Tagesprotokoll.....	147
Reichweite	97	Tarif-Filter	146
Reichweite: Regeln.....	98	Termine verwalten.....	131
Reichweite: Reservemedi.....	98	Terminkärtli.....	132
Reichweite-Farben.....	97	Textbausteine	44, 58
Reichweite-Spezialfälle.....	99	Textübersicht drucken	28
Reichweite-Tooltip	99	Therapie	73
Rezept.....	92	Therapie Übersicht	73
Rheumatologie.....	48	Therapieplan	74
Risikofaktoren	63	Therapieplan Medikamente.....	74
Röntgenaufnahmen	68	Toolbar	10
Rot	34	Tooltip.....	8
rote Farbe	73	triaMEDIndex.....	74
S		U	
Scanner.....	68	Übersichten	25
Schnellerfassungszeile	10, 15, 64, 66, 74	Übersichten – Kons Text.....	27
Schnellverordnung.....	74, 75	Übersichten-Einträge.....	29
Schnellverordnung beim Patienten.....	76	Übersichten-Episoden	33
Schnellverordnung im Verlauf	76	Übersichten-Probleme.....	30
Schnittstelle	68	Übersichtsboxen.....	25, 73
Schulaustritt	121	Übersichtsboxen drucken.....	25
Schuleintritt	121	Übersichtsboxen in Zwischenablage kopieren.....	26
Schuluntersuch	121	Unfall	64
Schuluntersuchungen	120	Unterbindung.....	122
Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie	120	Urologie	48
Selbstdispensation.....	93	V	
Senden an	29	Verlauf	49
Senden an Versandmappe.....	69	Verlauf problemorientiert	50
Serienaufgaben	134	Verlauf problemübergreifend.....	63
Sitzung verschieben oder Kopieren.....	145	Verlaufsbeurteilung	38
SOAP	56	Verlaufseintrag	30

Verlaufseintrag erfassen..... 57
Verlaufseintrag im 61
Verlaufseintrag im Detailfenster 61
Verrechnung 138
Versandmappe 106
Versandmappe auf Medium speichern..... 113
Versandmappe bearbeiten 112
Versandmappe eröffnen 108
Vitalzeichen 49
Vitalzeichen übernehmen 58
Vorgaben 38

W

Waist to Hip Ratio..... 127
Wörterbuch.....66

X

XML-Format65

Z

Zeitverlauf.....38
Zielgrösse 127
Zoom auf Freitextfeldern5
Zurück-Button61