

**Folgende Informationen benötigen wir für die Grundkonfiguration Ihres Arztsystems:**  
 Bitte senden Sie uns diese bis spätestens 2 Wochen vor Installationstermin per FAX, Email oder Post.

**Praxis: (Kontaktdaten: Adresse Tel.- und Faxnummer, Emailadresse, Internetadresse)  
 (z.B. als Visitenkarte oder Praxisstempel)**

Bankverbindung für Privatrechnungen \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Gewünschtes Aussehen des Praxisstempels (bitte als Beispiel beilegen)

Gewünschtes Design für Privatabrechnungen (Beispiel als Ausdruck beilegen)

Gewünschtes Design für Privatmahnungen (Beispiel als Ausdruck beilegen)

Briefvorlagen (Worddatei per E-Mail)

Logo in BMP oder JPG – Format per Email (falls gewünscht)

Sprechzeiten:	Vormittag	Nachmittag
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		

Mitarbeiter(innen) Vornamen und Nachnamen  
 (+ wer ist Hauptsprechpartner für EDV in der Praxis?)

---



---



---



---



---

**Sonstige Fragen:**

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Verwenden Sie einen EVD gestützten Terminplaner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Welchen? Ansprechpartner ?) _____		
Soll der in x.isynet integrierte Terminplaner genutzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private Verrechnungsstelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunden-Nr. der Privaten-Verrechnungsstelle _____		
Grünes Rezept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatrezept Hochformat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatrezept (PKV) Querformat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Nur bei Augenärzten:</u> Verwenden Sie ein spezielles Brillenrezept?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Setzen Sie das Programm Impf-Doc ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soll das Programm Impf-Doc eingerichtet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setzen Sie Blanko-Formular Druck ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellen Sie mit x.isynet auf Blanko-Formular Druck um?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel: <b>7.5.1-5</b> Revision: 6 Seite 3 von 5	Formular <b>ChecklistensynetPraxisanpassung</b> DIN EN ISO 9001:2008	
---	--	---

**JA      NEIN**

Benötigen Sie eine Labordatenfernübertragung?      

**Wenn JA:** welches Labor verwenden Sie (mit Zugangsdaten!)?

Labor Name: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten/ Ansprechpartner:  
 \_\_\_\_\_

Abruf über Internet

Abruf über ISDN

ISDN Einwahl Nummer: \_\_\_\_\_

Benutzername: \_\_\_\_\_

Kennwort: \_\_\_\_\_

**Bei Rückfragen steht Ihnen unser Hotline - und Schulungsteam unter der Tel. Nummer 08021 – 50 484-50, per FAX unter 08021 – 50 484-11 oder per Email unter [support@tbs.de](mailto:support@tbs.de) gerne zur Verfügung!**

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
 Praxisstempel

Erstellt am 28.04.2006 GF (Marchart)	Geändert am 02.09.2014 QMB (Zeising)	Geprüft am 02.09.2014 GF (Marchart)	Freigegeben am 02.09.2014 GF (Marchart)
---	---	--	--

**Beiblatt pro abrechnenden Arzt**

Arzt (Mandant), Titel, Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nummer \_\_\_\_\_

**JA      NEIN**

Soll DMP (Diabetes, KHK, Asthma usw.) verwendet werden?           

Welches DMP derzeit? \_\_\_\_\_

Soll Hautkrebsscreening verwendet werden?           

Benötigen Sie ein Hausarztmodul?           

AOK Bayern           

LKK Bayern           

BKK Bayern           

IKK Bayern           

Techniker Bayern           

Ersatzkassen Bayern           

Andere Verträge \_\_\_\_\_

HÄVG-ID-Nr. (HzV) \_\_\_\_\_

Welche Ordinationsziffern verwenden Sie z.B. 03110+03111+03112 \_\_\_\_\_

**JA      NEIN**


Benötigen Sie eine DALE-UV Anbindung für die BG-Abrechnung?           

Online KV-Abrechnung über?

KV-Ident           

KV-Safnet           

D2D

Kapitel: <b>7.5.1-5</b> Revision: 6 Seite 5 von 5	Formular <b>ChecklistensynnetPraxisanpassung</b> DIN EN ISO 9001:2008	
---	---	---

**Beiblatt pro Nebenbetriebsstätte**

Nebenbetriebsstätten-Nummer \_\_\_\_\_

Nebenbetriebsstätte:

**Kontaktdaten: Adresse Tel.- und Faxnummer, Emailadresse, Internetadresse)  
 (z.B. als Visitenkarte oder Praxisstempel)**

Erstellt am 28.04.2006 GF (Marchart)	Geändert am 02.09.2014 QMB (Zeising)	Geprüft am 02.09.2014 GF (Marchart)	Freigegeben am 02.09.2014 GF (Marchart)
---	---	--	--