

Checkliste zur Konfiguration des Terminplaners für



Um die Konfiguration nach Ihren individuellen und speziellen Wünschen und Anforderungen durchführen zu können, werden Angaben zu folgenden Punkten benötigt.

Praxis: _____

Adresse: _____

1 Praxiszeiten

Bitte geben Sie hier Ihre Praxiszeiten an. z.B. Montag von 8:00 – 12:00 und 15:00 – 18:00, wenn Sie in Ihrer Praxis einem wöchentlichen Rhythmus nachgehen.

| | Von | Bis | Von | Bis |
|------------|-----|-----|-----|-----|
| Montag | | | | |
| Dienstag | | | | |
| Mittwoch | | | | |
| Donnerstag | | | | |
| Freitag | | | | |
| Samstag | | | | |
| Sonntag | | | | |

Wöchentlich wechselnder Rhythmus: JA NEIN wenn ja, welcher Rhythmus: _____

Wenn Sie einem wöchentlich wechselndem Rhythmus nachgehen tragen Sie bitte die Arbeitszeiten der Folgewochen in die Tabelle ein.

| | Von | Bis | Von | Bis |
|------------|-----|-----|-----|-----|
| Montag | | | | |
| Dienstag | | | | |
| Mittwoch | | | | |
| Donnerstag | | | | |
| Freitag | | | | |
| Samstag | | | | |
| Sonntag | | | | |

2 Behandlungsräume

Bitte Tragen Sie in der folgenden Liste Ihre Praxisräume ein.

| Raum | Betriebsstätte |
|-------------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

3 Terminarten

Bitte tragen Sie nun in folgender Liste Ihre Terminarten ein. Zusätzlich benötigen wir die Information, welcher Behandler diese Untersuchung in welchem Raum mit welchem Gerät durchführt.

In der ersten Zeile sehen Sie ein Beispiel.

| Terminart | Dauer | Hintergrundfarbe (keine dunklen Farben) | Für Betriebsstätte |
|-----------|--------|--|--------------------|
| CheckUP | 15 min | Hellblau | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4 Kalenderansicht

Welche Personen/Behandler/Arzthelferinnen oder Tätigkeiten (z.B. Labor) benötigen in Ihrer Praxis einen eigenen Kalender zum eintragen der Termine?

| Kalendername | Name des Behandlers |
|--------------|---------------------|
| Arzt | Dr. Muster |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Entsprechen die Arbeitszeiten einiger Behandler nicht immer den Arbeitszeiten der Praxis, tragen Sie bitte die Arbeitszeiten in die folgenden Tabellen ein.

Für Behandler _____

| | Von | Bis | Von | Bis |
|------------|-----|-----|-----|-----|
| Montag | | | | |
| Dienstag | | | | |
| Mitwoch | | | | |
| Donnerstag | | | | |
| Freitag | | | | |
| Samstag | | | | |
| Sonntag | | | | |

Für Behandler _____

| | Von | Bis | Von | Bis |
|------------|-----|-----|-----|-----|
| Montag | | | | |
| Dienstag | | | | |
| Mittwoch | | | | |
| Donnerstag | | | | |
| Freitag | | | | |
| Samstag | | | | |
| Sonntag | | | | |

Für Behandler _____

| | Von | Bis | Von | Bis |
|------------|-----|-----|-----|-----|
| Montag | | | | |
| Dienstag | | | | |
| Mittwoch | | | | |
| Donnerstag | | | | |
| Freitag | | | | |
| Samstag | | | | |
| Sonntag | | | | |

5 Sonderzeiten (Terminzeitfenster)

Gibt es Zeiten die in Ihrer Praxis für bestimmte Behandlungsarten freigehalten werden müssen? Beispiel: Sonderzone für amb. Operationen, immer Montags von 8:00 – 10:00. Während dieser Zeit können keine anderen Termine vergeben werden. Wie viele davon gibt es und welche Tage und Zeiträume sind davon betroffen?

| Name | Montag Von - Bis | Dienstag Von - Bis | Mitwoch Von - Bis | Donnerstag Von - Bis | Freitag Von - Bis | Samstag Von - Bis |
|------|---------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Haben Sie Fragen zum Ausfüllen unserer Checkliste, rufen Sie uns an!
Ihr HMS – Team

Tel: 09191 / 70939-0
 Fax: 09191 / 70939-99
 Email: info@hms-gmbh.de
 Internet: www.hms-gmbh.de