

A red pen is positioned diagonally across a document with several empty checkboxes. The document is placed on a light-colored wooden surface. The background is slightly blurred, focusing attention on the pen and the checkboxes.

Einführung in tomedo® - Custom-Formulare

Individuelle Patientenformulare für Ihre Praxis

Sarah-Jane Köntges / Ralf Neick



Inhalts- verzeichnis

- 01 Was sind tomedo[®]-Custom-Formulare?
- 02 Anwendungsbeispiele
- 03 Erstellung
- 04 Nutzung am iPad
- 05 Weiterführende Möglichkeiten

Was sind **Custom-Formulare**?

1

Individuell

Formulare zum
Selbstgestalten

2

Arbeitserleichterung

Vorbefüllungen möglich
(Praxis- & Patientendaten),
via iPad Ausfüllen von
Patienten möglich

3

Papier sparend

durch digitales Ausfüllen &
Unterschreiben

Wozu braucht man Custom-Formulare?

1 **Unterschreiben**

Datenschutzerklärungen,
Einverständniserklärungen,
Behandlungsverträge

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Herr Dr. med. Max Mustermann

Praxisname: Praxis Dr. med. Max Mustermann

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort): Beispielallee 42, 12345 Testhausen

Kontaktdaten (z.B. Telefon, E-Mail): 01234 / 56 78 90, m.mustermann@example.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Dr. med. Max Mustermann

Anschrift: Beispielallee 42, 12345 Testhausen

Kontaktdaten: 01234 / 56 78 90, m.mustermann@example.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Datenschutzerklärung

(Behandlungsvertrag - Muster B)

Behandlungsvertrag

über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) bei

938708700
Dr. med. Horst Müller
Magdelstraße 6
07745 Jena
Tel. 03641/08151
Fax. 03641/08152

(VA / Arztstempel)

Ich, Testmann, Theo

(Name, Vorname)

07607 Eisenberg, Beispielstraße 2

(Anschrift)

wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen:

GOÄ-Nr:	Leistung	Steigerungssatz	Betrag
<u>3</u>	<u>Eingehende Beratung mind. 10 min.</u>	<u>2,3</u>	<u>10,72</u>
<u>8</u>	<u>Ganzkörperstatus</u>	<u>2,3</u>	<u>34,86</u>
<u>375</u>	<u>Schutzimpfung</u>	<u>2,3</u>	<u>10,72</u>
.....

Mir ist bekannt, dass ich diese vorgenannten individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung noch Kostenbeteiligung habe.

Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich erhalten.

Rover City, 4. September 2021.

(Ort, Datum)



(Unterschrift / Arzt)



(Unterschrift / Patient)

Behandlungsverträge

Wozu braucht man **Custom-Formulare**?

1 **Unterschreiben**

Datenschutzerklärungen,
Einverständniserklärungen,
Behandlungsverträge

2 **Ausfüllen**

Anamnese-/Aufnahmebögen,
Kontaktformulare, Umfragen/
Studien, Fragebögen jeder
Art

Patientenaufnahme-Formular

Vorname: Theo Nachname: Testmann

Titel: _____ Namenszusatz: von

Geschlecht: männlich Geburtsdatum: 01.01.1999

Adresse:

Straße: Ernst-Haeckel-Platz 5/6

PLZ: 07745 Ort: Jena Land: Deutschland

Kontaktdaten:

Telefonnummer: 0000/9999999 E-Mail: testmann@muster.de

Versicherungsdaten:

Krankenkasse: AOK PLUS Versichertennummer: X111111111

Beruf: Bäcker

Sonstige Angaben:

Aufnahme der Patientendaten

Anamnese-Formular

Name, Vorname: _____

Geschlecht: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Wie groß sind Sie? _____ cm	Wie viel wiegen Sie? _____ kg
Nein Ja Seit wann?	Nein Ja
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja welche & wie viel? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Stillen Sie? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Operationen oder Unfälle? Wenn ja, was? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	Nein	Ja	Seit wann?		Nein	Ja	Seit wann?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankung/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Stoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Krebs-/Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hormonstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____			_____	Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____			_____				

Anamnesebögen

Wozu braucht man **Custom-Formulare**?

1 **Unterschreiben**

Datenschutzerklärungen,
Einverständniserklärungen,
Behandlungsverträge

2 **Ausfüllen**

Anamnese-/Aufnahmebögen,
Kontaktformulare, Umfragen/
Studien, Fragebögen jeder
Art

3 **Abweichende Formate**

Etiketten, Terminzettel,
Bescheinigungen jeder Art z.B.
Sportbefreiungen, Atteste, An-/
Abwesenheitsbescheinigungen



Hausarztpraxis Dr. med. Horst Müller
 Magdelstieg 6 | 07745 Jena
 Tel.: 03641/08151 | Fax: 03641/08152
 E-Mail: horst.mueller@imaginäre-praxis.de
 Web: www.hausarztpraxis-horstmüller.de

Patient: Theo von Testmann, geb. 01.01.1999

Ihre nächsten Termine sind:

Datum	Zeit	Terminart
Mo. 06.09.2021	13:00 - 14:30	OP ambulant
Mi. 22.09.2021	09:50 - 09:56	Blutentnahme
Mi. 29.09.2021	09:00 - 09:06	Blutentnahme
Mi. 06.10.2021	09:00 - 09:06	Blutentnahme
Di. 12.10.2021	09:00 - 09:15	Sprechstunde normal
Di. 19.10.2021	09:00 - 09:05	Impfung

Hausarztpraxis Dr. med. Horst Müller |
 Magdelstieg 6 | 07745 Jena

Herrn
 Theo von Testmann
 Ernst-Haeckel-Platz 5/6
 07745 Jena

Hausarztpraxis Dr. med.
 Horst Müller
 Magdelstieg 6
 07745 Jena

Deutsche Post

01/18 0,85
 XX XXXX XXXX
 XX XXXX XXXX
 www.internetmarke.de

Herrn
 Theo von Testmann
 Ernst-Haeckel-Platz 5/6
 07745 Jena

AOK PLUS

Testmann
 Theo von 01.01.99
 Ernst-Haeckel-Platz 5/6
 D 07745 Jena

107299005 X111111111 1000000

938708700 999999901 05.09.21

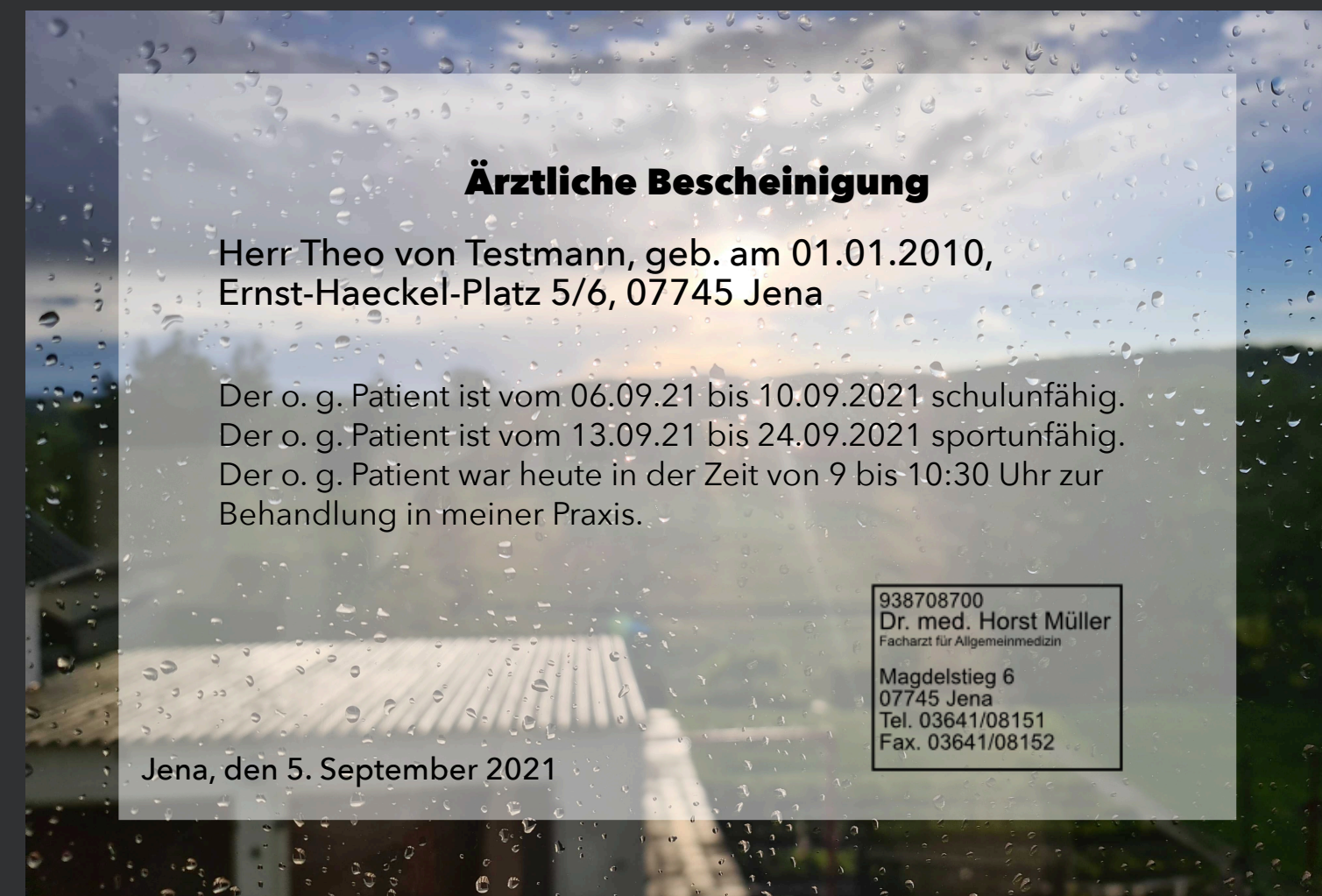
Arztrechnung/Quittung Nr. 2

Nettobetrag: -10,00 €
 Mehrwertsteuer: -0,00 €
 Betrag: -10,00 €
 Dankend erhalten!

Leistung: Kaffeekasse

Für:

Datum: 31.08.2021 Unterschrift



Ärztliche Bescheinigung

Herr Theo von Testmann, geb. am 01.01.2010,
 Ernst-Haeckel-Platz 5/6, 07745 Jena

Der o. g. Patient ist vom 06.09.21 bis 10.09.2021 schulunfähig.
 Der o. g. Patient ist vom 13.09.21 bis 24.09.2021 sportunfähig.
 Der o. g. Patient war heute in der Zeit von 9 bis 10:30 Uhr zur
 Behandlung in meiner Praxis.

938708700
 Dr. med. Horst Müller
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Magdelstieg 6
 07745 Jena
 Tel. 03641/08151
 Fax. 03641/08152

Jena, den 5. September 2021

Theo von Testmann, *01.01.99

Operation: Kniearthroskopie Stationär
 Diagnose: V.a. Kreuzbandriss rechts (S83.50)
 Allergien: Tierhaar: Katzenhaare

Abweichende Formate

Briefumschläge, Etiketten,
 Bescheinigungen, Terminzettel, KBV-Header, Kassenbuchbelege usw.

Erstellung eines Custom-Formulars

PDF Hintergrund erstellen

In beliebiger Text-/Bildbearbeitungs-Software oder gescanntes Dokument

Neues Formular anlegen & bearbeiten

In tomedo® mit Administratorrechten

Auf iPad testen

In tomedo® iOS App

Wechsel zu **tomedo**®

Nutzung am iPad

- **Wechsel zum iPad**



🔍 Kartei durchsuchen



Fred Jupiter • 26
geb. 17.07.1970



Kartei



31.12.9000

ToDo

15.09.2021

BES

GKV(5. APK) 13:55 SaKo



RECHN

Erst. 15.09.2021 - IGEL - 37 - Rechnung (IGEL) - abg. - unbez. - SaKo - Betrag: 199.00 €Leistungen: 269a



13.09.2021

BES

GKV(4. APK) 15:41 SaKo



09.09.2021

RECHN

Erst. 09.09.2021 - IGEL - 36 - Rechnung (IGEL) - abg. - bez. Bar - SaKo - Betrag: 45.00 €Leistungen: 269a



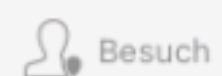
RECHN

Erst. 09.07.2021 - IGEL - 28 - Rechnung (IGEL) - abg. - bez. - SaKo - Betrag: 45.00 €Leistungen: 269a



MOWOLI

mowoli Gerät:





Kartei durchsuchen



Fred Jupiter • 26
geb. 17.07.1970

Abbrechen Übernehmen

Kartei



Karteieinträge Custom-Formulare Zeichnungen

CUSTOM-FORMULARE

31.12.9000

ToDo

15.09.2021

BES

GKV(5. APK) 1

Anamnesebogen - allgemeiner Anamnesebogen (s..
Anamnesebogen_Beispi...
Anwesenheitsbescheinigung - Anwesenheitsbescheinig...
Armb - Armband

RECHN

Erst. 15.09.2021

Als Standard speichern

13.09.2021

BES

GKV(4. APK) 1

Ausgewählten Eintrag als Standard speichern

AM HÄUFIGSTEN GENUTZT

Anamnesebogen

CustomFormular

09.09.2021

RECHN

Erst. 09.09.2021 - IGEL - 36 - Rechnung (IGEL) - abg. - bez. Bar - SaKo - Betrag: 45.00 €Leistungen: 269a

RECHN

Erst. 09.07.2021 - IGEL - 28 - Rechnung (IGEL) - abg. - bez. - SaKo - Betrag: 45.00 €Leistungen: 269a

MOWOLI

mowoli Gerät:



Anamnese-Formular

Name, Vorname:

Geschlecht: Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon: E-Mail:

Wie groß sind Sie? <input type="text"/> cm	Wie viel wiegen Sie? <input type="text"/> kg																																			
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td>Ja</td> <td>Seit wann?</td> </tr> <tr> <td>Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja welche & wie viel?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		Nein	Ja	Seit wann?	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja welche & wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Stillen Sie?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Operationen oder Unfälle? Wenn ja, was?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nein	Ja	Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Operationen oder Unfälle? Wenn ja, was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein	Ja	Seit wann?																																	
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																	
Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																	
Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja welche & wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																	
	Nein	Ja																																		
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Operationen oder Unfälle? Wenn ja, was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	Nein	Ja	Seit wann?		Nein	Ja	Seit wann?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzerkrankung/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Stoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Krebs-/Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hormonstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
				Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

[Ausfüllen beginnen](#)



Wie ist Ihr Allgemeinbefinden?

Mir geht es 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ich fühle mich hervorragend.

Familienanamnese - Ist eine der folgenden Erkrankungen in Ihrer Familie aufgetreten?

	Nein	Ja	Bei wem?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankung/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebs-/Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Soziale Anamnese



Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet _____

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele und leben diese in Ihrem Haushalt? Nein Ja

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, was und wie oft?

Ich versichere, dass alle Angaben korrekt und vollständig sind.

Ort, Datum

 
Berühren Sie zum Unterschriften das grüne Symbol

Ausfüllen beginnen

Weiterführende Möglichkeiten

1

(Custom-)Karteieinträge

Custom-Formulare ganz oder teilweise aus anderen Karteieinträgen befüllen lassen und umgekehrt

2

Briefschreibung

Informationen aus Custom-Formularen in Briefe übertragen

3

Aktionsketten

Custom-Formulare als Teil von Aktionsketten, als Auslöser einer Aktionskette oder auch ganz oder teilweise als Aktionskettenbedingung

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Gibt es Fragen?



die Software für Ihre Praxis von:

zollsoft

- www.tomedo.de
- Vertrieb: 03641 269 41 62
- Support: 03641 268 41 51
- Telefax: 03641 268 71 83

- www.zollsoft.de
- zollsoft GmbH, Ernst-Haeckel-Platz 5/6, D-07745 Jena
- Geschäftsführer: Dr. Andreas Zollmann, Johannes Zollmann
- Registergericht: Amtsgericht Jena, HRB 507075