

Ihre Kundennummer: 4 _ _ _ _ _	Betriebsstättennummer:
Bestelldatum:	Bestellzeichen / Abteilung / Ansprechpartner / Unterschrift:
Praxisurlaub: von: bis:	

Telefon: 0800 7234789
 Mo.-Do. 7:30-12:30 Uhr 13:15-17 Uhr
 Fr. 7:30-12:30 Uhr 13:15-16 Uhr
 Fax: 0800 7234797
 www.kohlhammer.de
 arztformular@kohlhammer.de

Bestellschein Bayern

W. Kohlhammer GmbH
 Verlag für Ärzte
 70549 Stuttgart

Arztstempel
 (nicht verbindlich für den Eindruck -
 bitte beachten Sie nebenstehenden Hinweis!)

Bitte legen Sie bei Bestellung von Formularen mit Eindruck eine Mustervorlage bei.

2 *	VO von Krankenhausbehandlung 100 200 400	Mit Eindruck 101010
3	Zeugnis mutmaßl. Tag der Entbindung 50 100 200	
4 *	VO Krankenbeförderung 100 500 1000	Mit Eindruck 11010
5/6 *	Abrechnungsschein (Vorderseite: blau)/ Überweisungsschein (Rückseite: gelb) 500 1000 2000 4000	
Gegen Rechnung <input type="checkbox"/> Eindruck Vorderseite (blau) M5 <input type="checkbox"/> Eindruck Rückseite (gelb) M6		
7	Überweisung somatischer Ursachen 50 100	
8 *	Verordnung einer Sehhilfe 500 1000 2000	Mit Eindruck 11010
8a	Verordnung vergrößernder Sehhilfe 50 100	
9	Bescheinigung für Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten 50 100	
10 *	Laborüberweisung 100 500 1000 2000	Mit Eindruck 11010
10a	Anforderungsschein für Laborunter- suchung bei Laborgemeinschaften 100 500 1000 2000	
12 *	VO häuslicher Krankenpflege 100 200 400	Mit Eindruck 101010
13	Heilmittelverordnung 100 200 400 800	

15	VO einer Hörhilfe 100 200	
16 *	Kassenrezept mit BSNR 500 1000 2000 4000	
Gegen Rechnung <input type="checkbox"/> mit StempELEindruck		
16a *	Rezept Sprechstundenbedarf 50 100	Mit Eindruck <input type="checkbox"/>
19 *	Abrechnungsschein Notf./Url./Krankh. 100 200 400 800	Mit Eindruck 101010
20	Wiedereingliederungsplan 50 100	
21	Bescheinigung für Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes 100 200	
22	Konsiliarbericht 50 100	
26	VO Soziotherapie 20 40	
27	Soziotherapeutischer Betreuungsplan 20 40	
28	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie 20 40	
36	Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention 50 100 200	
39	Krebsvorsorge Frauen Dokumentation 100 200 400 800	

52	Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit 100 200
55	Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung 50 100 200
56	Antrag Kostenübernahme Rehabilitationssport/Funktionstraining 50 100 200
61	Verordnung von med. Rehabilitation 20 30 50
62	Außerklinische Intensivpflege AKI-RL: Qualifikation erforderlich!
62A	Potenzialerhebung 50 100
62B	VO außerklinische Intensivpflege 50 100
62C	AKI Behandlungsplan 50 100
63	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung 10 50 100
64	VO med. Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V 10 20
65	Ärztliches Attest Kind 10 20
70	Behandlungsplan künstl. Befruchtung 20 50 100
70A	Folgeverordnung künstl. Befruchtung 20 50
76	Kinderuntersuchungsheft 50 100

* StempELEindruck gegen Rechnung, Preise siehe Rückseite.

Bestellschein Bayern

Bestelldatum:	Bestellzeichen / Abteilung / Ansprechpartner / Unterschrift:
Praxisurlaub: von: bis:	

Ihre Kundennummer: 4 _ _ _ _ _	Betriebsstättennummer:
------------------------------------------	------------------------

78	Mutterpass 50 100
117	Nachsorgekalender (Onkologie) 50 100
123 **	Impfbuch 40 60 100
161	Förder- und Behandlungsplan für Komplexleistungen 50 100
162	Förder- und Behandlungsplan in Fördereinrichtungen 50 100
230	Sonderabrechnungsschein für Notarzwagen (20N) 100 200 400
231	Notarzt-Einsatzprotokoll (Einzelsätze) 50 100 500 1000
241	Untersuchungsberechtigungsschein Ergänzungsunters. n. §38 JASG 10 20
242	JAS Gesetz Erstuntersuchung 10 20
243	JAS Gesetz Nachuntersuchung 10 20
245 **	Diabetes-Pass 25 50 75
248	Dokumentationsbogen Ambulante Kataraktoperation 50 100 200
250	Dokumentationsbogen Jugendgesundheitsuntersuchung J 1 10 20 50

Merkblätter Seelisch gesund aufwachsen			
501	U1	20	50
502	U2	20	50
503	U3	20	50
504	U4	20	50
505	U5	20	50
506	U6	20	50
507	U7	20	50
507a	U7a	20	50
508	U8	20	50
509	U9	20	50

Patienteninformation			
429	LDR-Brachytherapie 20 50		
430	Screening auf Chlamydia 20 50		
431	HIV-Test für Schwangere 20 50		
432	Test auf Schwangerschaftsdiabetes 20 50		
434	Basis-Ultraschall-Untersuchung 20 50		
437	Ultraschallscreening auf Bauchaorten- aneurysmen 20 50		
438	Merkblatt Darmkrebsfrüherkennung Frauen 50 100 Männer 50 100		
439	Früherkenn. Gebärmutterhalskrebs 20 - 34 Jahre 50 100 ab 35 Jahre 50 100		

440	Merkblatt Zweitmeinungsverfahren 50 100
441	Bluttest auf Trisomien 13, 18, 21 50 100
442	Mammographie-Screening 70 - 75 J. 50 100
Vordrucke für Psychotherapie	
16P **	Rezept „DIGA“ für Psychotherapeuten 50 100 200
321	PTV 1 - Antrag des Versicherten auf Psychotherapie 20 40 60 80
322	PTV 2 - Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten 20 40 60 80
323	PTV 3 - Leitfaden zum Erstellen des Berichts an den Gutachter 1
328	PTV 8 - Unterlagen für den Gutachter (Briefumschlag) 20 40 60 80
330	PTV 10 - Patienteninformation zur am- bulanten Psychotherapie in der GKV 20
331	PTV 11 - Individuelle Patienteninforma- tion zur ambulanten Psychotherapeuti- schen Sprechstunde 20 40
332	PTV 12 - Anzeige der Akutbehandlung 20 40

Merkblätter Kinderunfälle			
401	A	20	50
402	U2/U3	20	50
403	U4/U5	20	50
404	U6	20	50
405	U7	20	50
406	U8	20	50
407	U9	20	50
408	U7a	20	50

** ACHTUNG: Versand nur in Sammelbestellung mit anderen Kassen- und KV-Vordrucken möglich!

Für den Eindruck des Arztstempels stellen wir folgende Kosten in Rechnung:

Preise in € / netto	Mengen:	500	1.000	2.000	4.000
Eindruck des Stempels in 1-fach Vordrucke Muster 4, 5/6, 8, 10, 15		24,-	27,-	41,-	59,-
Eindruck des Stempels in Durchschreibesätze Muster 2, 12, 19			57,-	89,-	160,-
Kassenrezept mit Stempeldruck		24,-	27,-	35,-	46,-
	Mengen:	52	100		
PC-Rezept mit Stempeldruck		7,-	12,-		

Bei inhaltlichen Fragen zu den Formularen wenden Sie sich bitte an die Telefonberatung für Mitglieder der KVB Tel. 089/57093/40010

Preise zum Zeitpunkt der Drucklegung, Änderungen vorbehalten.
Die Preise verstehen sich zuzügl. 19% Mehrwertsteuer.