

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

Alles Gute.

Bestellschein



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kohlhammer

VERLAG FÜR ÄRZTE

Telefon: 0711 7863-7281

Mo.-Do. 7:30-12:30 Uhr 13:15-17 Uhr

Fr. 7:30-12:30 Uhr 13:15-16 Uhr

Fax: 0711 7863-8340

www.kohlhammer.de

arztformular@kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH
Verlag für Ärzte
70549 Stuttgart

(Liefer- bzw. Rechnungsadresse zwingend erforderlich)

Hinweis bei Bestellung von Formularen mit Eindruck:

Tragen Sie bitte Ihre Eindruckdaten für Ihren gewünschten Stempeldruck in das dafür vorgesehene Feld auf der Rückseite ein.

| | | |
|---|---|------------------------|
| 2* | Verordnung von Krankenhausbehandlung 100 200 400 | Mit Eindruck 101010 |
| 3 | Zeugnis mutmaßlicher Tag der Entbindung 50 100 200 | |
| 4* | Verordnung Krankenförderung 100 500 1000 | Mit Eindruck 11010 |
| 5/6* *Auflage nur für Psychotherapeuten | Abrechnungsschein (Vorderseite: blau)/ Überweisungsschein (Rückseite: gelb) 50* 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 Laboruntersuchung bei Laborgemeinschaften 100 500 1000 2000 | |

| | | |
|------------|---|------------------------|
| 12* | Verordnung häuslicher Krankenpflege 100 200 400 | Mit Eindruck 101010 |
| 13 | Heilmittelverordnung 50 100 200 | |
| 15 | Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe 100 200 | |
| 16* | Kassenrezept ohne Stempeldruck, ohne Durchschlag 1000 3000 5000 | |
| | Gegen Rechnung <input type="checkbox"/> mit Stempeldruck, ohne Durchschlag <input type="checkbox"/> ohne Stempeldruck, mit Durchschlag <input type="checkbox"/> mit Stempeldruck, mit Durchschlag | |
| 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 vor Aufnahme einer Psychotherapie 50 100 | |
| 26 | Verordnung 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 5 10 |
| 64 | Verordnung med. Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V 10 20 |
| 65 | Ärztliches Attest Kind 10 20 |

* Stempeldruck gegen Rechnung, Preise siehe Rückseite.

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

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

| | |
|------------|--|
| 70 | Behandlungsplan künstl. Befruchtung 20 50 100 |
| 70A | Folgeverordnung künstl. Befruchtung 20 50 |
| 76 | Kinderuntersuchungsheft 2017 inkl. Beilagen 25 50 100 |
| 77 | Erweiterungen für Kinderuntersuchungsheft Stand 2008 50 100 |
| 78 | Mutterpass 50 100 |
| 123 | Impfbuch 40 60 80 |
| 250 | Jugendgesundheitsuntersuchung J1 10 20 50 |
| 257 | Abschlußbericht über ambulante Rehamaßnahmen - BKK - 10 20 50 |

| Patienteninformation | |
|----------------------|---|
| 430 | Screening auf Chlamydia 20 50 |
| 431 | HIV-Test für Schwangere 20 50 |
| 432 | Test auf Schwangerschaftsdiabetes 20 50 |
| 433 | Bestimmung des Rhesusfaktors für Frauen in der Schwangerschaft 20 50 |
| 434 | Basis-Ultraschall-Untersuchung 20 50 |
| 435 | Elterninformation Mukoviszidose 20 50 |
| 436 | Elterninformation Pulsoxymetrie 20 50 |
| 437 | Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen 20 50 |
| 438 | Merkblatt Darmkrebsfrüherkennung Frauen 50 100 Männer 50 100 |
| 439 | Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs 20 - 34 Jahre 50 100 ab 35 Jahre 50 100 |
| 441 | Bluttest auf Trisomien 13, 18, 21 20 50 |

| 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 ambulanten Psychotherapie in der gesetzl. Krankenversicherung 20 |
| 331 | PTV 11 - Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde 20 40 |
| 332 | PTV 12 - Anzeige der Akutbehandlung 20 40 |

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

Bitte senden Sie mir außerdem zu:

Katalog / Quartalsangebot

Bestellschein für Kassen- und KV-Vordrucke

Bitte geben Sie hier Ihre Eindruckdaten für Ihren gewünschten Stempeldruck an.

Preise zum Zeitpunkt der Drucklegung, Änderungen vorbehalten.

Die Preise verstehen sich zuzüglich 19% Mehrwertsteuer.

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 Muster 5/6 beidseitiger Eindruck, Preis x 2 | | 24,- | 27,- | 41,- | 59,- |
| Eindruck des Stempels in Durchschreibesätze Muster 1, 2, 12, 19 | | | 57,- | 89,- | 160,- |
| | | | | | |
| Preise in € / netto | Mengen: | 1.000 | 3.000 | 5.000 | |
| Kassenrezept mit Stempeldruck | | 27,- | 43,50 | 51,- | |
| Kassenrezept m. Durchschlag (m./o. Stempeldruck - 2. Blatt weiß, unbedruckt) | | 96,- | 168,- | 227,50 | |