

|   |   |
|---|---|
| Ihre Kundennummer:<br><b>4</b> _ _ _ _ _        | Betriebsstättennummer:  |
| Bestelldatum:                                   | Bestellzeichen / Abteilung /<br>Ansprechpartner / Unterschrift: |
| Praxisurlaub:<br>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.**

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

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

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

\* StempELEindruck gegen Rechnung, Preise siehe Rückseite.

# Bestellschein Bayern

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

|  |                        |
|--|------------------------|
| Ihre Kundennummer:<br><b>4</b> _ _ _ _ _ | Betriebsstättennummer: |
|--|------------------------|

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

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

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

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

|                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| <b>Merkblätter Kinderunfälle</b> |             |
| <b>401</b>                       | A 20 50     |
| <b>402</b>                       | U2/U3 20 50 |
| <b>403</b>                       | U4/U5 20 50 |
| <b>404</b>                       | U6 20 50    |
| <b>405</b>                       | U7 20 50    |
| <b>406</b>                       | U8 20 50    |
| <b>407</b>                       | U9 20 50    |
| <b>408</b>                       | 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<br>Muster 4, 5/6, 8, 10, 15 |                | 24,-      | 27,-       | 41,-  | 59,-  |
| Eindruck des Stempels in Durchschreibesätze<br>Muster 2, 12, 19       |                |           | 57,-       | 89,-  | 160,- |
| Kassenrezept mit Stempeldruck   |                | 24,-      | 27,-       | 35,-  | 46,-  |
|   | <b>Mengen:</b> | <b>52</b> | <b>100</b> |       |       |
| 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.