

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 1 0 1 0
3	Zeugnis mutmaßl. Tag der Entbindung 50 100 200	
4 *	VO Krankenbeförderung 100 500 1000	Mit Eindruck 1 1 0 1 0
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 1 1 0 1 0
8a	Verordnung vergrößernder Sehhilfe 50 100	
9	Bescheinigung für Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten 50 100	
10 *	Laborüberweisung 100 500 1000 2000	Mit Eindruck 1 1 0 1 0
10a	Anforderungsschein für Laborunter- suchung bei Laborgemeinschaften 100 500 1000 2000	
12 *	VO häuslicher Krankenpflege 100 200 400	Mit Eindruck 1 0 1 0 1 0
13	Heilmittelverordnung 100 200 400 500	

15	VO einer Hörhilfe 100 200	
16 *	Kassenrezept mit BSNR 500 1000 2000 4000	
	Gegen Rechnung <input type="checkbox"/> mit Stempeldruck <input type="checkbox"/> mit Durchschlag <input type="checkbox"/> mit Stempeldruck und Durchschlag	
16a *	Rezept Sprechstundenbedarf 50 100	<input type="checkbox"/> Mit Eindruck
19 *	Abrechnungsschein Notf./Url./Krankh. 100 200 400 800	Mit Eindruck 1 0 1 0
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

* Stempeldruck gegen Rechnung, Preise siehe Rückseite.

