

|   |   |
|---|---|
| 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>1 *</b>   | Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung<br>200 400 1000<br>Mit Eindruck<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| <b>2 *</b>   | VO von Krankenhausbehandlung<br>100 200 400<br>Mit Eindruck<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| <b>3</b>     | Zeugnis mutmaßl. Tag der Entbindung<br>50 100 200  |
| <b>4 *</b>   | VO Krankenbeförderung<br>100 500 1000<br>Mit Eindruck<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| <b>5/6 *</b> | Abrechnungsschein (Vorderseite: blau)/<br>Überweisungsschein (Rückseite: gelb)<br>500 1000 2000 4000<br><br>Gegen Rechnung<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<br>Mit Eindruck<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| <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><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mit Eindruck<br>100 500 1000 2000  |
| <b>10a</b>   | Anforderungsschein für Laborunter-<br>suchung bei Laborgemeinschaften<br>100 500 1000 2000   |
| <b>10c</b>   | Auftrag SARS-CoV-2-Testung<br>50 100 200 500   |

|              |   |
|--------------|---|
| <b>12 *</b>  | VO häuslicher Krankenpflege<br>100 200 400<br>Mit Eindruck<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| <b>13</b>    | Heilmittelverordnung<br>100 200 400   |
| <b>15</b>    | VO einer Hörhilfe<br>100 200  |
| <b>16 *</b>  | Kassenrezept mit BSNR<br>500 1000 2000 4000<br><br>Gegen Rechnung<br><input type="checkbox"/> mit Stempelindruck<br><input type="checkbox"/> mit Durchschlag<br><input type="checkbox"/> mit Stempelindruck und Durchschlag |
| <b>16a *</b> | Rezept Sprechstundenbedarf<br>50 100 <input type="checkbox"/> Mit Eindruck  |
| <b>19 *</b>  | Abrechnungsschein Notf./Url./Krankh.<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 gem. § 20 Abs. 5<br>SGB V<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>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  |

\* Stempelindruck gegen Rechnung, Preise siehe Rückseite.

# Bestellschein Bayern

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

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

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>77</b>        | Erweiterung für Kinderuntersuchungsheft Stand 2008<br>50 100            |
| <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 Komplexleistungen<br>50 100             |
| <b>162</b>       | Förder- und Behandlungsplan in Fördereinrichtungen<br>50 100            |
| <b>230</b>       | Sonderabrechnungsschein für Notarztwagen (20N)<br>100 200 400           |
| <b>231</b>       | Notarzt-Einsatzprotokoll (Einzelsätze)<br>50 100 500 1000               |
| <b>241</b>       | Untersuchungsberechtigungsschein 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 Ambulante Kataraktoperation<br>50 100 200           |
| <b>250</b>       | Dokumentationsbogen 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 Bauchaortenaneurysmen<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>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 Psychotherapie<br>20 40 60 80                                     |  |  |
| <b>322</b>                          | PTV 2 - Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten<br>20 40 60 80                            |  |  |
| <b>323</b>                          | PTV 3 - Leitfaden zum Erstellen des Berichts an den Gutachter<br>1                                    |  |  |
| <b>328</b>                          | PTV 8 - Unterlagen für den Gutachter (Briefumschlag)<br>20 40 60 80                                   |  |  |
| <b>330</b>                          | PTV 10 - Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapie in der GKV<br>20                          |  |  |
| <b>331</b>                          | PTV 11 - Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen 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 |

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

Bitte senden Sie mir außerdem zu:

Katalog / Quartalsangebot

Bestellschein für Kassen- und KV-Vordrucke

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

**\*\* 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 |
|--|----------------|-----------|------------|-------|-------|
| <b>Eindruck des Stempels in 1-fach Vordrucke</b><br>Muster 4, 5/6, 8, 10, 15       |                | 24,-      | 27,-       | 41,-  | 59,-  |
| <b>Eindruck des Stempels in Durchschreibesätze</b><br>Muster 1, 2, 12, 19          |                |           | 57,-       | 89,-  | 160,- |
| <b>Kassenrezept mit Stempeldruck</b>   |                | 24,-      | 27,-       | 35,-  | 46,-  |
| <b>Kassenrezept m. Durchschlag</b> (m.o. Stempeldruck - 2. Blatt weiß, unbedruckt) |                | 73,-      | 96,-       | 128,- | 188,- |
|  | <b>Mengen:</b> | <b>52</b> | <b>100</b> |       |       |
| <b>PC-Rezept mit Stempeldruck</b>  |                | 7,-       | 12,-       |       |       |