

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

Bestellschein



W. Kohlhammer GmbH
Verlag für Ärzte
70549 Stuttgart

Kohlhammer

W. Kohlhammer GmbH

Verlag für Ärzte

Telefon: 0711 7863-7281

Mo-Do. 7.30-12.30 – 13.15-17 Uhr

Fr. 7.30-12.30 – 13.15-16 Uhr

Fax: 0711 7863-8340

www.kohlhammer.de

arztformular@kohlhammer.de

(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.

1 *	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	200 400 1000	Mit Eindruck 1 0 1 0
2 *	Verordnung von Krankenhausbehandlung	100 200 400	Mit Eindruck 1 0 1 0
3	Zeugnis mutmaßlicher Tag der Entbindung	50 100 200	
4 *	Verordnung Krankentherapie	100 500 1000	Mit Eindruck 1 1 0 1 0
5/6 *	Abrechnungsschein (Vorderseite: blau)/ Überweisungsschein (Rückseite: gelb)	50* 500 1000 2000 4000	
		Gegen Rechnung mit Stempeldruck: <input type="checkbox"/> nur auf Vorderseite (blau) M5 <input type="checkbox"/> nur auf Rückseite (gelb) M6 <input type="checkbox"/> auf Vorder- u. Rückseite M 5/6	
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 Laboruntersuchung bei Laborgemeinschaften	100 500 1000 2000	

10c	Auftrag SARS-CoV-2-Testung	50 100 200	
12 *	Verordnung häuslicher Krankenpflege	100 200 400	Mit Eindruck 1 0 1 0 1 0
13	Heilmittelverordnung	100 200 400	
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 1 0 1 0 1 0
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 gem. § 20 Abs. 5 SGB V	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 gem. § 62 SGB V	50 100 200
56	Antrag Kostenübernahme Rehabilitationssport/Funktionstraining	50 100 200
61	Verordnung von med. Rehabilitation	20 30 50
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:

Ihre Kundennummer:

4 _ _ _ _ _

Betriebsstättennummer:

Praxisurlaub:

von:

bis:

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 <input type="checkbox"/> Aufkleber Ultraschall-Untersuchung für den Mutterpass Stand Feb 2011 20 40 60
123	Impfbuch 20 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

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 50 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.

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			53,-	85,-	156,-
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	

Preise zum Zeitpunkt der Drucklegung, Änderungen vorbehalten.

Die Preise verstehen sich zuzüglich 19% Mehrwertsteuer.