

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

## 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 200    400    1000 Mit Eindruck 1 0 1 0
<b>2 *</b>	VO von Krankenhausbehandlung 100    200    400 Mit Eindruck 1 0 1 0
<b>3</b>	Zeugnis mutmaßl. Tag der Entbindung 50    100    200
<b>4 *</b>	VO Krankenbeförderung 100    500    1000 Mit Eindruck 1 1 0 1 0
<b>5/6 *</b>	Abrechnungsschein (Vorderseite: blau)/ Überweisungsschein (Rückseite: gelb) 500    1000    2000    4000 <b>Gegen Rechnung</b> <input type="checkbox"/> Eindruck Vorderseite (blau) M5 <input type="checkbox"/> Eindruck Rückseite (gelb) M6
<b>7</b>	Überweisung somatischer Ursachen 50    100
<b>8 *</b>	Verordnung einer Sehhilfe 500    1000    2000 Mit Eindruck 1 1 0 1 0
<b>8a</b>	Verordnung vergrößernder Sehhilfe 50    100
<b>9</b>	Bescheinigung für Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten 50    100
<b>10 *</b>	Laborüberweisung 100    500    1000    2000 Mit Eindruck 1 1 0 1 0
<b>10a</b>	Anforderungsschein für Laborunter- suchung bei Laborgemeinschaften 100    500    1000    2000
<b>10c</b>	Auftrag SARS-CoV-2-Testung 50    100    200    500

<b>12 *</b>	VO häuslicher Krankenpflege 100    200    400 Mit Eindruck 1 0 1 0
<b>13</b>	Heilmittelverordnung 100    200    400
<b>15</b>	VO einer Hörhilfe 100    200
<b>16 *</b>	Kassenrezept mit BSNR 500    1000    2000    4000 <b>Gegen Rechnung</b> <input type="checkbox"/> mit Stempelindruck <input type="checkbox"/> mit Durchschlag <input type="checkbox"/> mit Stempelindruck und Durchschlag
<b>16a *</b>	Rezept Sprechstundenbedarf 50    100 <input type="checkbox"/> Mit Eindruck
<b>19 *</b>	Abrechnungsschein Notf./Url./Krankh. 100    200    400    800 Mit Eindruck 1 0 1 0
<b>20</b>	Wiedereingliederungsplan 50    100
<b>21</b>	Bescheinigung für Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes 100    200
<b>22</b>	Konsiliarbericht 50    100
<b>26</b>	VO Soziotherapie 20    40
<b>27</b>	Soziotherapeutischer Betreuungsplan 20    40
<b>28</b>	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie 20    40

<b>36</b>	Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V 50    100    200
<b>39</b>	Krebsvorsorge Frauen Dokumentation 100    200    400    800
<b>52</b>	Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit 100    200
<b>55</b>	Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung 50    100    200
<b>56</b>	Antrag Kostenübernahme Rehabilitationssport/Funktionstraining 50    100    200
<b>61</b>	Verordnung von med. Rehabilitation 20    30    50
<b>63</b>	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung 10    50    100
<b>64</b>	VO med. Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V 10    20
<b>65</b>	Ärztliches Attest Kind 10    20
<b>70</b>	Behandlungsplan künstl. Befruchtung 20    50    100
<b>70A</b>	Folgeverordnung künstl. Befruchtung 20    50
<b>76</b>	Kinderuntersuchungsheft 50    100

# Bestellschein Bayern

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

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

<b>77</b>	Erweiterung für Kinderuntersuchungsheft Stand 2008 50 100
<b>78</b>	Mutterpass 50 100
<b>117</b>	Nachsorgekalender (Onkologie) 50 100
<b>123</b> **	Impfbuch 20 40 60 80
<b>161</b>	Förder- und Behandlungsplan für Komplexleistungen 50 100
<b>162</b>	Förder- und Behandlungsplan in Fördereinrichtungen 50 100
<b>230</b>	Sonderabrechnungsschein für Notarztwagen (20N) 100 200 400
<b>231</b>	Notarzt-Einsatzprotokoll (Einzelsätze) 50 100 500 1000
<b>241</b>	Untersuchungsberechtigungsschein Ergänzungsunters. n. §38 JASG 10 20
<b>242</b>	JAS Gesetz Erstuntersuchung 10 20
<b>243</b>	JAS Gesetz Nachuntersuchung 10 20
<b>245</b> **	Diabetes-Pass 25 50 75
<b>248</b>	Dokumentationsbogen Ambulante Kataraktoperation 50 100 200
<b>250</b>	Dokumentationsbogen Jugendgesundheitsuntersuchung J 1 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>430</b>	Screening auf Chlamydia	20	50
<b>431</b>	HIV-Test für Schwangere	20	50
<b>432</b>	Test auf Schwangerschaftsdiabetes	20	50
<b>434</b>	Basis-Ultraschall-Untersuchung	20	50
<b>437</b>	Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen	20	50
<b>438</b>	Merkblatt Darmkrebsfrüherkennung		
	Frauen	50	100
	Männer	50	100
<b>439</b>	Früherkenn. Gebärmutterhalskrebs		
	20 - 34 Jahre	50	100
	ab 35 Jahre	50	100

<b>440</b>	Merkblatt Zweitmeinungsverfahren	50	100
------------	----------------------------------	----	-----

<b>Vordrucke für Psychotherapie</b>					
<b>16P</b> **	Rezept „DIGA“ für Psychotherapeuten	50	100	200	
<b>321</b>	PTV 1 - Antrag des Versicherten auf Psychotherapie	20	40	60	80
<b>322</b>	PTV 2 - Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten	20	40	60	80
<b>323</b>	PTV 3 - Leitfaden zum Erstellen des Berichts an den Gutachter	1			
<b>328</b>	PTV 8 - Unterlagen für den Gutachter (Briefumschlag)	20	40	60	80
<b>330</b>	PTV 10 - Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapie in der GKV	20			
<b>331</b>	PTV 11 - Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde	20	40		
<b>332</b>	PTV 12 - Anzeige der Akutbehandlung	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

## 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> Muster 4, 5/6, 8, 10, 15		24,-	27,-	41,-	59,-
<b>Eindruck des Stempels in Durchschreibesätze</b> Muster 1, 2, 12, 19			53,-	85,-	156,-
<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,-		

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

**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.