

# Kohlhammer

Verlag für Ärzte



**Vordrucke und Organisationshilfen  
für die Arztpraxis**

# Inhalt

Privatrezepte	Seite 3–5
Bescheinigungen	Seite 6–8
Private Brillenverordnungen	Seite 9
Korrespondenz	Seite 10–11
Organisationsmittel/Medizinproduktebuch	Seite 12–13
Röntgen/OP/Abrechnung/Überweisung	Seite 14–15
Pässe/Ausweise	Seite 16
Verschiedenes	Seite 17
Patientenverfügung, Vollmacht/Vorsorgevollmacht	Seite 18
Todesbescheinigungen	Seite 19
Bescheinigungen zur Fahrerlaubnisverordnung	Seite 20
Stempel/Austauschkissen	Seite 21
Preisliste/Bestell-Service	Seite 22–26
Bestellscheine (Kopiervorlage)	Seite 27–35

## Kurzhinweise:

**Eindrücke:** Unsere Artikel sind zum Teil mit Eindruck erhältlich. Bitte beachten Sie die Mindestbestellmengen für Eindrücke.

**Sonderdrucke:** Dieser Katalog beinhaltet unser Standard-Sortiment. Sonderdrucke auf Basis Ihrer Vorgaben sind jederzeit möglich – fragen Sie einfach an.

**Aktualität:** Unsere Artikel entsprechen stets den neuesten Bestimmungen (z. B. Rechtsprechung, Verordnungen etc.).

Die Preise entnehmen Sie bitte der beiliegenden Preisliste.  
Preisangaben zur Zeit der Drucklegung. Preis- und Formularänderungen vorbehalten.

**Stand: 2014**

# Privatrezepte

**1**

Bezugsdatum Apotheke-Nummer

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-Hilfsmittel-Hersteller-Nr. Faktor Taxe

Unfall Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

PKVH

Unterschrift des Arztes

5901145-9 · W. Kohlhammer Verlag · Fax: (0711) 7863 - 8340 · E-Mail: arztformular@kohlhammer.de

- 1** **PKV-Privatrezept blau**  
mit Wasserzeichen  
DIN A6 - 2-farbig  
optional: mit Durchschlag

**2**

Bezugsdatum Apotheke-Nummer / IK

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-Hilfsmittel-Hersteller-Nr. Faktor Taxe

Unfall Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Unterschrift des Arztes

5901199-1 · W. Kohlhammer GmbH · Fax (0711) 7863 - 8340 · E-Mail: arztformular@kohlhammer.de

- 2** **Grünes Rezept**  
nicht erstattungsfähig  
DIN A6 - 1-farbig

**3**

Bezugsdatum Apotheke-Nummer

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-Hilfsmittel-Hersteller-Nr. Faktor Taxe

Unfall Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

5901155-9 · W. Kohlhammer Veri

- 3** **Privatrezept gelb**  
DIN A6 - 2-farbig

**1 - 3**  
Mindestabnahme:  
ohne Stempleindruck ab 100 Stück  
mit Stempleindruck ab 500 Stück

**4**

Bezugsdatum Apotheke-Nummer / IK

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-Hilfsmittel-Hersteller-Nr. Faktor Taxe

Unfall Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Privatrezept

Unterschrift des Arztes

- 4** **Privatrezept flieder**  
DIN A6 - 1-farbig

**5**

Bezugsdatum Apotheke-Nummer / IK

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Gesamt-Brutto

Arzneimittel-Hilfsmittel-Hersteller-Nr. Faktor Taxe

Unfall Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Privatrezept

Unterschrift des Arztes

5901431-1 · W. Kohlhammer GmbH · Fax: (0711) 7863 - 8340 · E-Mail: arztformular@kohlhammer.de

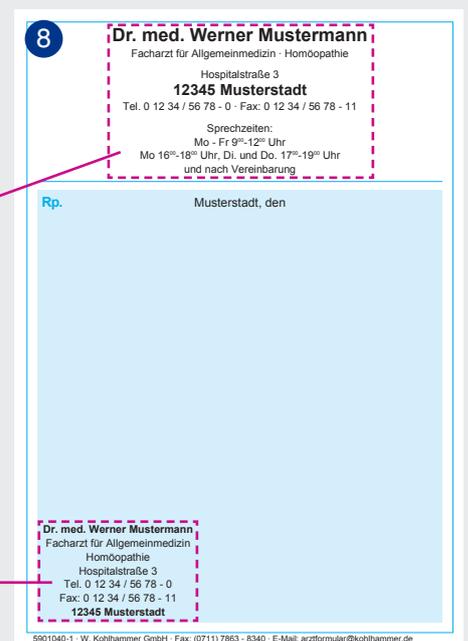
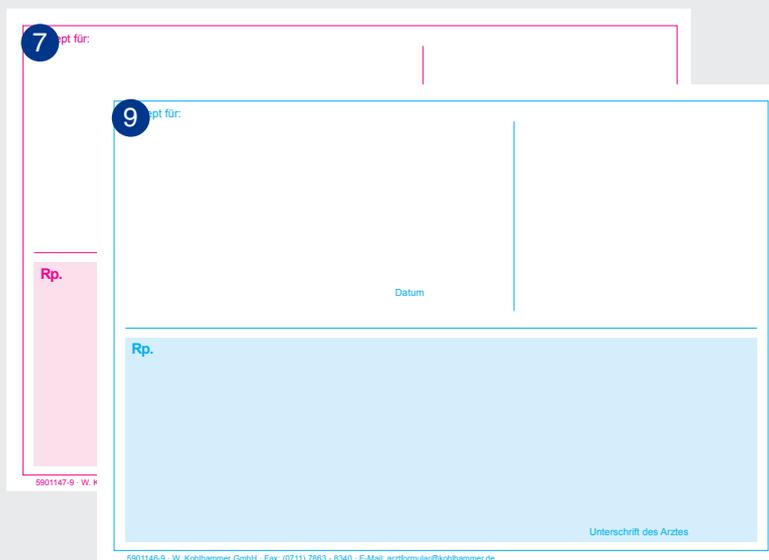
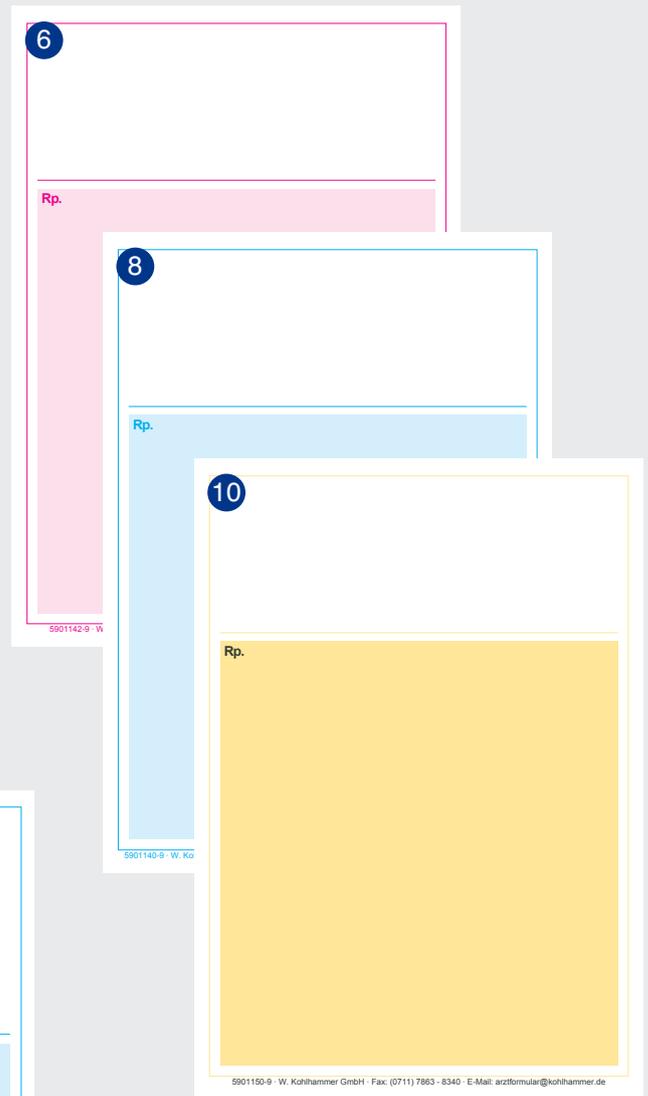
- 5** **Privatrezept lachs**  
DIN A6 - 1-farbig

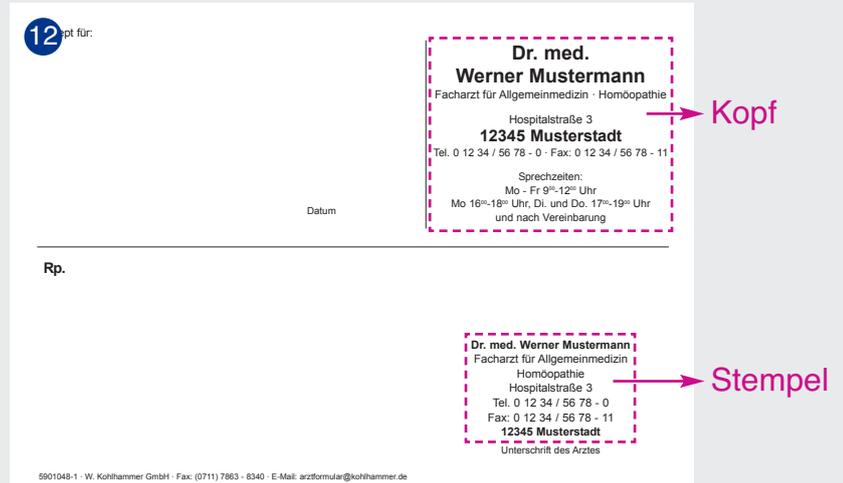
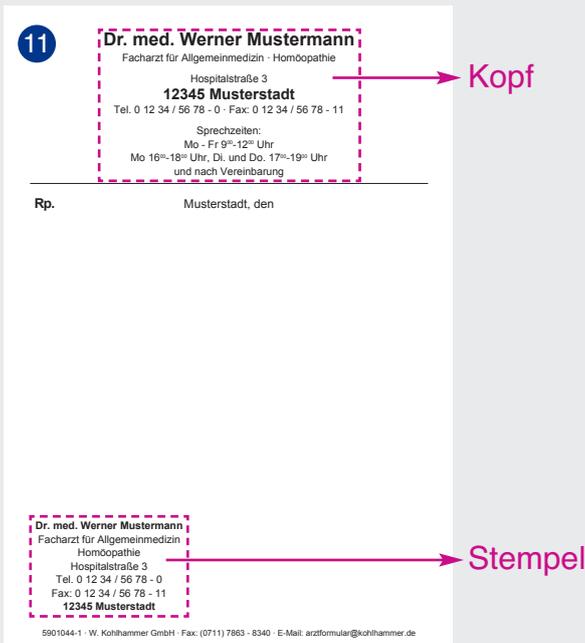
**4 - 5**  
Mindestabnahme: ab 100 Stück  
(nur ohne Eindruck erhältlich)

# Privatrezepte

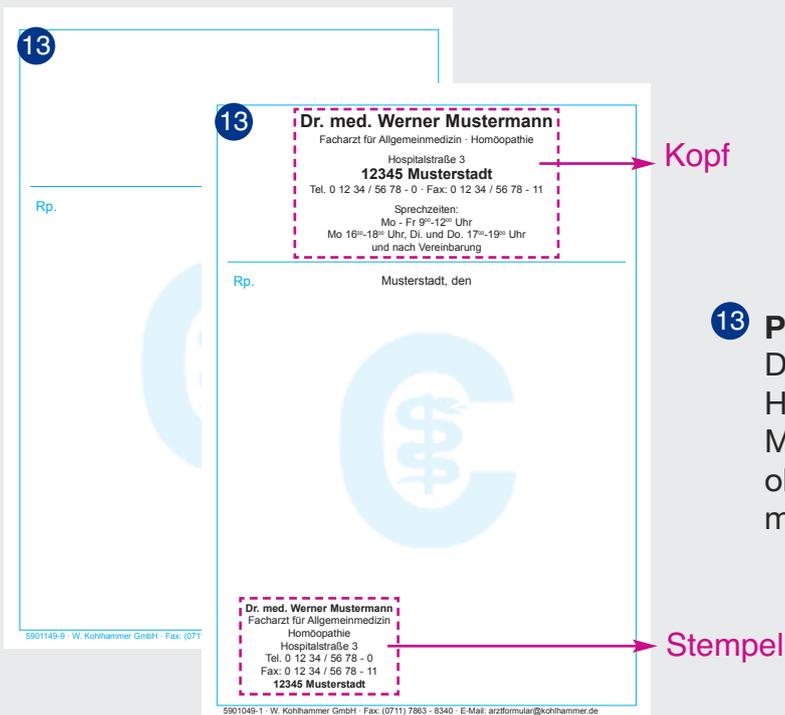
- 6-10** Privatrezepte rosa, blau und gelb  
DIN A6 - 1-farbig/DIN A6 - 2-farbig  
Hochformat  
Mindestabnahme:  
ohne Eindruck ab 100 Stück  
mit Eindruck ab 500 Stück  
optional: blau mit Durchschlag  
rosa und gelb nur 1-fach erhältlich

- 7-9** Privatrezepte rosa und blau  
DIN A6 - 1-farbig/DIN A6 - 2-farbig  
Querformat  
Mindestabnahme:  
ohne Eindruck ab 100 Stück  
mit Eindruck ab 500 Stück  
optional: mit Durchschlag





**11 - 12** **Privatrezept weiss**  
 DIN A6 - 1-farbig  
 Hoch-/oder Querformat  
 nur mit Eindruck erhältlich  
 Mindestabnahme: 500 Stück  
 optional: geblockt und/oder  
 mit Durchschlag



**13** **Privatrezept Aesculap**  
 DIN A6 - 1-farbig  
 Hochformat  
 Mindestabnahme:  
 ohne Eindruck ab 100 Stück  
 mit Eindruck ab 500 Stück

# Bescheinigungen

**14**

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Der/Die Patient/in befindet sich in meiner Behandlung seit \_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähig seit** \_\_\_\_\_

**Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich** \_\_\_\_\_

**Festgestellt am** \_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**  
zur Vorlage beim Arbeitgeber

Gebührenpflichtig!  
Den Empfang von EUR \_\_\_\_\_ bescheinigt: \_\_\_\_\_

Arztstempel / Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

5901123-0 - W. Kohhammer GmbH - Fax: (0711) 7913-4840 - E-Mail: arztformulare@kohhammer.de

**14** **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**  
zur Vorlage beim Arbeitgeber  
KV-Kartengerecht  
DIN A6 - 2-farbig

**15**

**Ärztliche Bescheinigung**

Der Schüler / Die Schülerin \_\_\_\_\_

kann krankheitshalber bzw. aus gesundheitlichen Gründen  
\_\_\_\_\_ Tage / Wochen vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die Schule nicht besuchen  
 nicht aktiv am Sport-/Schwimmunterricht teilnehmen  
 an folgenden sportlichen Übungen nicht aktiv teilnehmen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Arztstempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

5901123-0 - W. Kohhammer GmbH - Fax: (0711) 7913-4840 - E-Mail: arztformulare@kohhammer.de

**15** **Schulbescheinigung**  
Befreiung vom Schul-/Sportunterricht  
DIN A6 - 2-farbig

**16**

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Bei der am \_\_\_\_\_ ausgeführten Untersuchung habe ich eine Schwangerschaft festgestellt.

Diese Bescheinigung ist der Patientin auszuhandigen

**Bescheinigung**  
über eine festgestellte Schwangerschaft

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

5901133-0 - W. Kohhammer GmbH - Fax: (0711) 7913-4840 - E-Mail: arztformulare@kohhammer.de

**16** **Schwangerschaftsbescheinigung**  
KV-Kartengerecht  
DIN A6 - 2-farbig

**14 - 16**  
Mindestabnahme:  
ab 100 Stück

**17**

Arbeitgeber / Arbeitgeber (Betriebs, Firma) \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Straßenname, ggf. E-Mail \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr. \_\_\_\_\_

Telefon Durchwahl (Nebst) \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Alternativen (Bitte immer angeben) \_\_\_\_\_

**Mitteilung über die Beschäftigung werdender Mütter gemäß § 5 Abs. 1 und Auskünfte gemäß § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MuSchG)**

Hinweis: Zur Bearbeitung der Fragen unter Abschnitt II sind Sie aufgrund § 19 Abs. 1 MuSchG verpflichtet, wenn Sie hierzu eine besondere Aufklärung erhalten haben, im Rahmen der Mitteilung nach § 5 Abs. 1 MuSchG an die Bearbeitung der Fragen unter Abschnitt II freiwillig und bewusst die vor zusätzlichen Rückfragen

**I. Angaben aufgrund § 5 Abs. 1 Mutterschutzgesetz**

Familienname, Vorname: \_\_\_\_\_ vorläufiger Erstnennungskennzeichen: \_\_\_\_\_

**II. Angaben aufgrund § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz**

Die Frau wird beschäftigt an (Stück) \_\_\_\_\_ unbefristetes Arbeitsverhältnis \_\_\_\_\_ Minutentätigkeit bis (Datum) \_\_\_\_\_

Beschäftigungst. (Zweigstelle, Filiale, Abteilung) \_\_\_\_\_ Arbeitszeiten \_\_\_\_\_

Lage der Arbeitszeit (nach Bekanntgabe der Schwangerschaft)	tägliche Arbeitszeit		tägliche Ruhepausen	
	von (Datum)	bis (Datum)	von (Datum)	bis (Datum)
Montag bis Freitag				
Samstag	<input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> ja, und zwar	von (Datum) bis (Datum)	von (Datum) bis (Datum)	von (Datum) bis (Datum)
Sonntag	<input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> ja, und zwar	von (Datum) bis (Datum)	von (Datum) bis (Datum)	von (Datum) bis (Datum)

**Art der Tätigkeit** vor Bekanntgabe der Schwangerschaft \_\_\_\_\_ nach Bekanntgabe der Schwangerschaft \_\_\_\_\_

Hat die / der Arbeitgeberin die Arbeitsbedingungen hinsichtlich besonderer Risiken beurteilt?  ja  nein

**Tätigkeiten**  im Stehen  im Sitzen  im Gehen  wechselnd  im Zellohn  Durchschichtlohn

Ganztagsarbeit  Teilzeit %  Schichtarbeit  Heimarbeit  Akkordlohn  Gehalt

Hat die werdende Mutter Umgang mit  sehr giftigen  giftigen  gesundheits-schädlichen  Krebs-erzeugenden  fortpflanzungs-gefährdenden  Gefahrstoffen?  ja  nein

Falls ja, nähere Angaben: Assiiert die werdende Mutter bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führt sie diese selbst aus?  ja  nein

Ist die werdende Mutter **Strahlung** (z.B. Laser-, UV-, Infrarot-Strahlen o.a.) ausgesetzt?  nein  ja

Falls ja, nähere Angaben: \_\_\_\_\_

Ist die werdende Mutter der Einwirkung von **Lärm** über 80 dB (A) ausgesetzt?  nein  ja

Falls ja, nähere Angaben unter Beifügung geeigneter Dokumente: \_\_\_\_\_

Muss die werdende Mutter **regelmäßig** Lasten von mehr als 5 kg von Hand heben, bewegen oder befördern?  ja  nein

Muss die werdende Mutter **gelegentlich** Lasten von mehr als 10 kg von Hand heben, bewegen oder befördern?  ja  nein

Wird die werdende Mutter mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie sich dauernd strecken, hocken oder gebückt halten muss?  ja  nein

Liegeraum / Liegemöglichkeit ist vorhanden  ja  nein

Codebuch, Raum-Nummer \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Angaben für Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen**

Hat die werdende Mutter Umgang mit potentiell infektiösem Material, z.B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäscchen, Verbandsmaterial bzw. mit infizierten Personen?  ja  nein

Falls ja, nähere Angaben: Assiiert die werdende Mutter bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führt sie diese selbst aus?  ja  nein

Ist die werdende Mutter **ionisierender Strahlung** ausgesetzt (z.B. Röntgenstrahlen)?  ja  nein

Falls ja, nähere Angaben, insbesondere ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wird: \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Verteiler:  Gewerbeaufsichtsamt  Personalarbeitsamt

5901133-0 - W. Kohhammer GmbH - Fax: (0711) 7913-4840 - E-Mail: arztformulare@kohhammer.de

**17** **Mitteilung über die Beschäftigung werdender Mütter**  
Auskünfte gemäß Mutterschutzgesetz  
Mindestabnahme: ab 10 Stück

**18**

9001272-0 - W. Kothhammer GmbH - Fax: (07 11) 79 63 - 83 40 - E-Mail: arzformul@kothhammer.de

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

war heute in meiner Praxis anwesend Datum, Uhrzeit (von – bis) \_\_\_\_\_

Er/Sie ist erneut zur Behandlung bestellt am Datum, Uhrzeit (von – bis) \_\_\_\_\_

Hinweise \_\_\_\_\_

Anwesenheitsbescheinigung

Arztstempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**18 Anwesenheitsbescheinigung**  
KV-Kartengerecht  
DIN A6 - 2-farbig

**19**

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel \_\_\_\_\_

**19 Termingebundene Spezialuntersuchung**  
**Vorherige/Nachträgliche Bescheinigung**  
mehrsprachig  
DIN A5 - 1-farbig

**NACHTRÄGLICHE Bescheinigung**

**TERMINGEBUNDENE SPEZIALUNTERSUCHUNG – NACHTRÄGLICHE BESCHIEINIGUNG**

**D** Der/die Obengenannte ist zu dem angegebenen Zeitpunkt zu einer termingebundenen Spezialuntersuchung hier anwesend.

**TR** Yukanda adi geçeñ, mezkür gün ve saatte, zamana merbut hususî muayene gelmiştir.

**YU** Pacjent je bio, kako je bilo vremenski predviđeno, na spjicalnom pregledu.

**GR** Οἱ/ἡ ὡς ἄνω ἀναφερόμενο/ή ἦταν ἐδῶ παρὼν κατὰ τὸ ἀναφερόμενο χρονικὸ ὄριο καὶ ἰσὶ μίαν εἰδικὴν ἐξέταση δεσμευμένης προθεσμίας.

**I** Il/la suddetto/a pe/vincolata ad un de...

**E** La persona arriba a una inspección...

**P** A pessoa mencionada especial em data...

Datum \_\_\_\_\_  
Tarih \_\_\_\_\_  
datum \_\_\_\_\_  
ἡμερομηνία \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

**D** Der/die Obengenannte Arbeitgeber abzugeben.

**TR** Yukanda adi geçeñ rica olunur.

**YU** Pacjent se umoljava poslodavcu.

**GR** Οἱ/ἡ ὡς ἄνω ἀναφερόμενο/ή τὸ ὑπογραφεὸν εἶναι ἀποδοτέον ἀπὸ τοῦ ἀναφερόμενου ἐργοδότη.

**I** Il/la paziente è pre/al datore die lavor...

**E** La persona arriba en la empresa do...

**P** Solicita-se à pess/quanto antes.

**VORHERIGE Bescheinigung**

**TERMINGEBUNDENE SPEZIALUNTERSUCHUNG – VORHERIGE BESCHIEINIGUNG**

**D** Der/die Obengenannte ist zu dem angegebenen Zeitpunkt zu einer termingebundenen Spezialuntersuchung bestellt.

**TR** Yukanda adi geçeñ, mezkür gün ve saatte, zamana merbut hususî muayene için çağrılmıştır.

**YU** Maločas spomenuti, spomenuta je upućen, upućena spjicalisti na pregled prema navedenom datumu.

**GR** Οἱ/ἡ ὡς ἄνω ἀναφερόμενο/ή προδωμομένη ἰσὶ τὸ ἀναφερόμενο χρονικὸ ὄριο καὶ ἰσὶ μίαν εἰδικὴν ἐξέταση δεσμευμένης προθεσμίας.

**I** Il/la paziente è prenotato/a per il detto termine, per essere sottoposto ad una visita speciale vinciolata ad un determinato giorno.

**E** La persona arriba indicada ha sido prevista, en la fecha amba mencionada, para una inspección médica especial.

**P** A pessoa mencionada acima é pedida comparecer para um exame médico especial na data e hora indicadas.

Datum \_\_\_\_\_ Zeit \_\_\_\_\_ voraussichtliche Dauer \_\_\_\_\_  
Tarih \_\_\_\_\_ Saat \_\_\_\_\_ muhtemel süresi \_\_\_\_\_  
datum \_\_\_\_\_ vrijeme \_\_\_\_\_ trajat ce do \_\_\_\_\_  
ἡμερομηνία \_\_\_\_\_ ὥρα \_\_\_\_\_ προβλεπόμενη διάρκεια \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_ durata prevista \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ horario \_\_\_\_\_ Duration aproximada \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ hora \_\_\_\_\_ Duração provável \_\_\_\_\_

**D** Der/die Obengenannte wird gebeten, diese Bescheinigung schnellstens beim Arbeitgeber abzugeben.

**TR** Yukanda adi geçeñin bu vesikayı acele olarak (vermesi) rica olunur.

**YU** Pacjent se umoljava da ovu potvrdu što prije uruči svojim poslodavcu.

**GR** Οἱ/ἡ ὡς ἄνω ἀναφερόμενο/ή παρακαλεῖται, ὅπως παραδῶσθαι αὐτῆν ἡββαίουν τὸ ὑπογραφεὸν εἰς τὸν ἐργοδότην.

**I** Il/la paziente è pregato/a di consegnare al più presto possibile questo certificato al datore die lavoro.

**E** La persona arriba mencionada debe entregar este certificado, lo más rápidamente posible, en la empresa donde trabaja.

**P** Solicita-se à pessoa mencionada acima que entregue este certificado ao empregador quanto antes.

**18 - 19**  
Mindestabnahme:  
ab 100 Stück

# Bescheinigungen

**20**

## Ärztliches Attest<sup>\*)</sup>

Zur Vorlage bei (z. B. Arbeitgeber, Arbeitsamt, Wohnungsamt, Gericht und für andere Privat Zwecke)

Herr/Frau (Name, Vorname, Geburtstag, Anschrift)

\*) Dieses Attest dient nicht zur Vorlage bei gesetzlichen Krankenkassen und ist gemäß § 11 der vom 73. Deutschen Ärztetag beschlossenen Berufsordnung honorarpflichtig.

**20** **Ärztliches Attest blau**  
DIN A5 - 2-farbig

**21**

## Ärztliches Attest<sup>\*)</sup>

zur Vorlage bei

Herr  
Frau  
Frl. (Name, Vorname, Geb.-Tag, Anschrift)

\*) Dieses Attest dient nicht zur Vorlage bei gesetzlichen Krankenkassen und ist gemäß § 11 der vom 73. Deutschen Ärztetag beschlossenen Berufsordnung honorarpflichtig.

**21** **Ärztliches Attest weiß**  
DIN A5 - 1-farbig

**22**

## Erklärung

bei fehlender Krankenversichertenkarte/Überweisungsschein

Ich bin Mitglied der oben genannten Krankenkasse und verpflichte mich, für die heute in Anspruch genommene ärztliche Behandlung meine Krankenversichertenkarte/Überweisungsschein innerhalb von 10 Tagen vorzulegen.

Mir ist bekannt, daß andernfalls für die Behandlung private Verrechnung erfolgen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten: \_\_\_\_\_

\*) Dieses Attest dient nicht zur Vorlage bei gesetzlichen Krankenkassen und ist gemäß § 11 der vom 73. Deutschen Ärztetag beschlossenen Berufsordnung honorarpflichtig.

**22** **Erklärung**  
bei fehlender KV-Karte  
KV-Kartengerecht  
DIN A6 - 2-farbig

**23**

## Erinnerung

Behandlungs-/beginn

Sehr geehrte(r)  
sicher erinnern Sie sich noch: für meine ärztlichen Bemühungen wollten Sie mir noch

die Krankenversichertenkarte (-ausweis)  den Überweisungsschein Ihres Hausarztes vorlegen.

Leider war dies heute nicht der Fall. Da ich ohne diese Daten bzw. Unterlagen nicht mit der Krankenkasse abrechnen kann, bitte ich um rasche Erledigung.  
Sollte ich in den nächsten Tagen nichts von Ihnen hören, nehme ich an, daß Sie eine private Verrechnung wünschen.  
Mit freundlichen Grüßen

**23** **Erinnerung**  
Anmahnung KV-Karte/Überweisungsschein  
DIN A5 - 2-farbig

**20 - 23**  
**Mindestabnahme:**  
ab 100 Stück

# Brillenverordnungen

**24** Private Brillenverordnung

Bitte Verordnen des Verordnenden:  ja  nein

Befund: Änderung um mindestens 0,5 Dioptrien ja  nein   
 Wenn nein, wird Verbesserung der Sehfähigkeit um mindestens 20 % erzielt? ja  nein

Erstversorgung  Folgeversorgung   
 Unfall, Unfallfolgen  Versorgungsleiden (BGV)

Reparatur  Ersatz

Menge und Art der Verordnung

Diagnose / Begründung

Kostenrechnung des Leistungserbringers						
Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Bas.	Scheitelabstand	10-stellige Verordnungsnummer
F R						
F L						
N R						
N L						

R R L L

**Platz für Stempeldruck!**

580108-5 - W. Kohlhauer GmbH - Fax: (0711) 7861-8340 - E-Mail: arztformulare@kohlhauer.de

**24** Private Brillenverordnung entspricht dem aktuell gültigen Kassen-Vordruck KV-Kartengerecht DIN A5 - 1-farbig

**25** Private Brillenverordnung

Bitte Verordnen des Verordnenden:  ja  nein

Befund: Glasstärke um 0,5 Dioptrien oder mehr verändert wenn nein, wird Verbesserung der Sehfähigkeit um mindestens 20 % erzielt ja  nein   
 keine Vorbefunde vorhanden ja  nein

Art der Verordnung:  Ein Glas  Gläser  Reparatur/Ersatz  
 Neue Brillenfassung erforderlich? ja  nein  Fassungen:  ohne  zwei  
 Besondere Gläser/Sehhilfen: \_\_\_\_\_

Begründung: \_\_\_\_\_

Kostenrechnung des Augenoptikers						
Sphäre	Zyl.	Achse	Prism.	Bas.	Scheitelabstand	Post.-Nr.
F R						
F L						
N R						
N L						

R R L L

**Platz für Stempeldruck!**

580108-5 - W. Kohlhauer GmbH - Fax: (0711) 7861-8340 - E-Mail: arztformulare@kohlhauer.de

**25** Private Brillenverordnung KV-Kartengerecht DIN A5 - 1-farbig

**26** Dr. med. Werner Mustermann  
 Facharzt für Allgemeinmedizin - Homöopathie  
 Hospitalstraße 3  
 12345 Musterstadt  
 Mo - Fr 9<sup>h</sup>-12<sup>h</sup> Uhr  
 Mo 16<sup>h</sup>-18<sup>h</sup> Uhr Di. und Do. 17<sup>h</sup>-19<sup>h</sup> Uhr  
 und nach Vereinbarung

Private Brillenverordnung

Für: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Sphäre	Zyl.	Achse	Prism.	Bas.	Scheitelabstand
F R					
F L					
N R					
N L					

R R L L

PD rechts = mm PD links = mm

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Platz für Stempeldruck!**

580108-5 - W. Kohlhauer GmbH - Fax: (0711) 7861-8340 - E-Mail: arztformulare@kohlhauer.de

**27** Dr. med. Werner Mustermann  
 Facharzt für Allgemeinmedizin - Homöopathie  
 Hospitalstraße 3  
 12345 Musterstadt  
 Mo - Fr 9<sup>h</sup>-12<sup>h</sup> Uhr  
 Mo 16<sup>h</sup>-18<sup>h</sup> Uhr Di. und Do. 17<sup>h</sup>-19<sup>h</sup> Uhr  
 und nach Vereinbarung

Rp: \_\_\_\_\_ dem  
 Für: \_\_\_\_\_

Sphäre	Zyl.	Achse	Prism.	Bas.	Scheitelabstand
F R					
F L					
N R					
N L					

R R L L

PD rechts = mm PD links = mm

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Platz für Stempeldruck!**

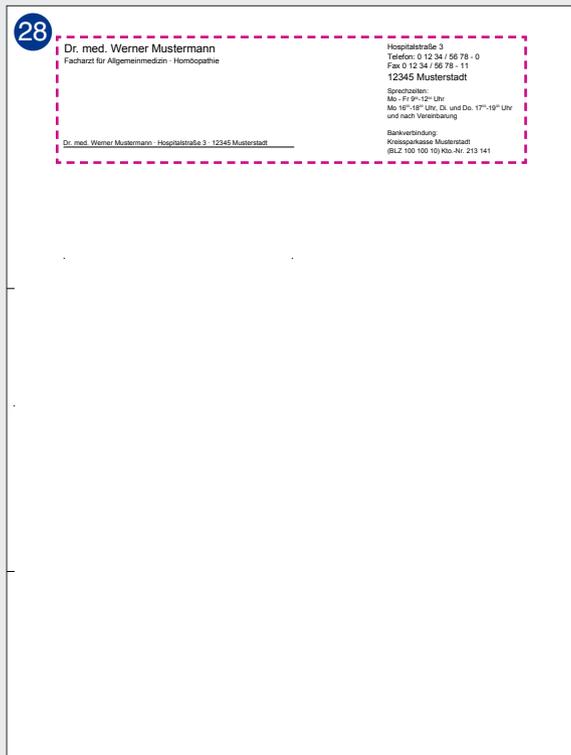
580108-5 - W. Kohlhauer GmbH - Fax: (0711) 7861-8340 - E-Mail: arztformulare@kohlhauer.de

**27** Private Brillenverordnung DIN A6 - 1-farbig nur mit Eindruck erhältlich

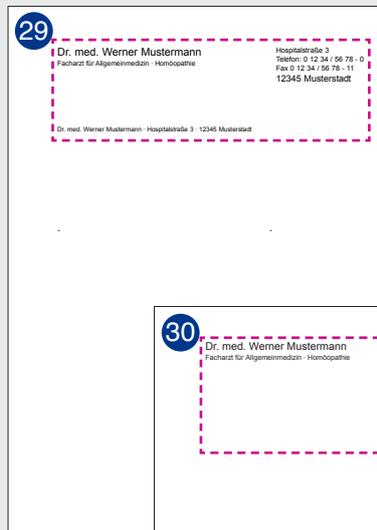
**26** Private Brillenverordnung DIN A5 - 1-farbig nur mit Eindruck erhältlich

**24 - 25** Mindestabnahme: ohne Eindruck ab 100 Stück  
**24 - 27** Mindestabnahme: mit Eindruck ab 300 Stück

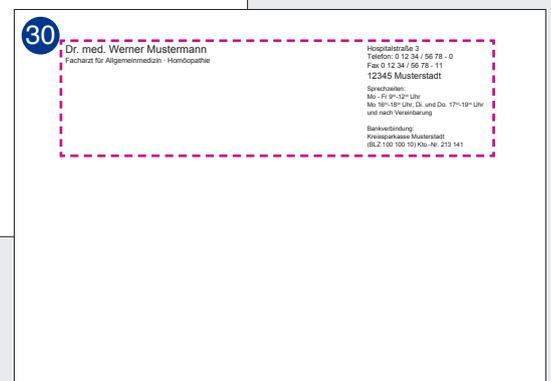
# Korrespondenz



**28** Korrespondenz-Briefbogen  
DIN A4 hoch - 1-farbig



**29** Korrespondenz-Briefbogen  
DIN A5 hoch - 1-farbig



**30** Korrespondenz-Briefbogen  
DIN A5 quer - 1-farbig

**28 - 30**

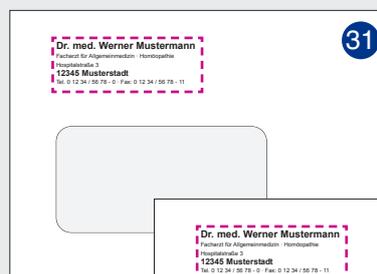
Mindestabnahme:  
mit Eindruck ab 500 Stück  
optional:  
mit Durchschlag  
unbedruckte Korrespondenz-Briefbögen

**28 - 32**

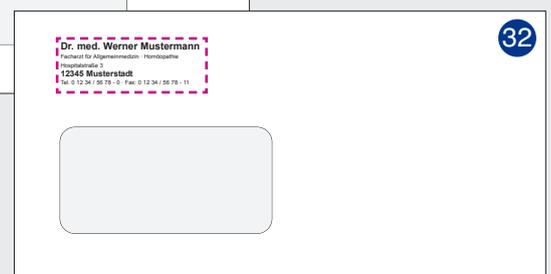
Mehrfarbig auf Anfrage

**31 - 32**

Mindestabnahme:  
mit Eindruck ab 500 Stück  
wahlweise:  
mit oder ohne Fenster  
selbstklebend mit oder ohne Haftstreifen



**31** Briefkuvert  
DIN C6 - 1-farbig



**32** Briefkuvert  
DIN lang - 1-farbig

**33**

**Dr. med. Werner Mustermann**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin · Homöopathie  
 Hospitalstraße 3  
 Telefon: 0 12 34 / 56 78 - 0 · Fax 0 12 34 / 56 78 - 11  
 12345 Musterstadt

**Kurzbrief**

Dr. med. Werner Mustermann · Hospitalstraße 3 · 12345 Musterstadt

Ihr Zeichen: \_\_\_\_\_  
 Ihre Nachricht: \_\_\_\_\_  
 Die Anlage: \_\_\_\_\_

Unser Zeichen: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_  
 mit der Bitte um: \_\_\_\_\_

Aufnahmen  
 Bericht  
 Befund  
 Zweitschrift  
 Rechnung  
 \_\_\_\_\_

Kenntnisnahme  
 Stellungnahme  
 Rückgabe  
 Rücksprache  
 Verbleib  
 Weitergabe  
 Prüfung

Bericht  
 Erledigung  
 Besuch  
 wie besprochen  
 wie angefordert  
 mit Dank zurück  
 \_\_\_\_\_

wird ohne Anschreiben übersandt

Mit freundlichen Grüßen \_\_\_\_\_

**33** **Kurzbrief**  
 DIN lang - 1-farbig

**34**

**Dr. med. Werner Mustermann**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin · Homöopathie  
 Hospitalstraße 3  
 Telefon: 0 12 34 / 56 78 - 0 · Fax 0 12 34 / 56 78 - 11  
 12345 Musterstadt

**Kurzmitteilung/-befund**

Dr. med. Werner Mustermann · Hospitalstraße 3 · 12345 Musterstadt

Ihr Zeichen: \_\_\_\_\_  
 Ihre Nachricht: \_\_\_\_\_  
 Mit der Bitte um: \_\_\_\_\_

Unser Zeichen: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

Weitergabe  
 Rückgabe  
 Befund  
 Rücksprache

Kenntnisnahme  
 Bericht  
 Prüfung  
 Besuch

Erledigung  
 Stellungnahme  
 Brief  
 \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,  
 vielen Dank für die Überweisung von  
 Herrn/Frau \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anamnese:  
 Befund:  
 Diagnose:  
 Therapie:

Mit kollegialen Grüßen

**34** **Kurzmitteilung/-befund**  
 DIN lang - 1-farbig

**33 - 34**  
 Mindestabnahme:  
 mit Eindruck ab 300 Stück

**35**

**Dr. med. Werner Mustermann**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin · Homöopathie  
 Hospitalstraße 3  
**12345 Musterstadt**  
 Tel. 0 12 34 / 56 78 - 0 · Fax: 0 12 34 / 56 78 - 11

Sprechzeiten:  
 Mo - Fr 9<sup>00</sup>-12<sup>00</sup> Uhr  
 Mo 16<sup>00</sup>-18<sup>00</sup> Uhr, Di, und Do, 17<sup>00</sup>-19<sup>00</sup> Uhr  
 und nach Vereinbarung

bittet Sie zum Termin:  
 am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr  
 am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Sollten Sie verhindert sein, **bitte rechtzeitig** absagen.

5901033-0 · W. Kohlhammer GmbH · Fax (0711) 7863 - 8340 · E-Mail: arztformular@kohlhammer.de

**35** **Terminvereinbarung**  
 DIN A7 - 1-farbig

**36**

**Dr. med. Werner Mustermann**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin

**Dr. med. Werner Mustermann**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin

**Dr. med. Werner Mustermann**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Homöopathie

Hospitalstrasse 3  
 12345 Musterstadt  
 Telefon: 0 12 34 / 56 78 - 0  
 Fax: 0 12 34 / 56 78 - 11

Sprechzeiten:  
 Mo.-Fr. 9.00-12.00 Uhr  
 Di.+Do. 16.00-18.00 Uhr  
 und nach Vereinbarung

**36** **Visitenkarten**  
 weiß oder mehrfarbig  
 wahlweise mit Logo und/oder Schriftzug,  
 auf weißem Diplomatenkarton, 300g  
 Format 85 x 54 mm

Optional: Format 105 x 60 mm  
 1-seitig oder 2-seitig, einfarbig schwarz  
 weißer Diplomatenkarton, 250g

Mindestabnahme: ab 500 Stück



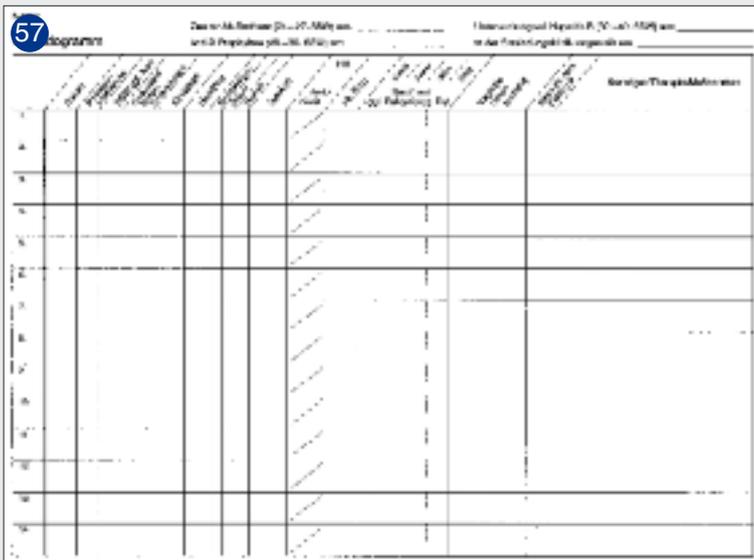








# Verschiedenes



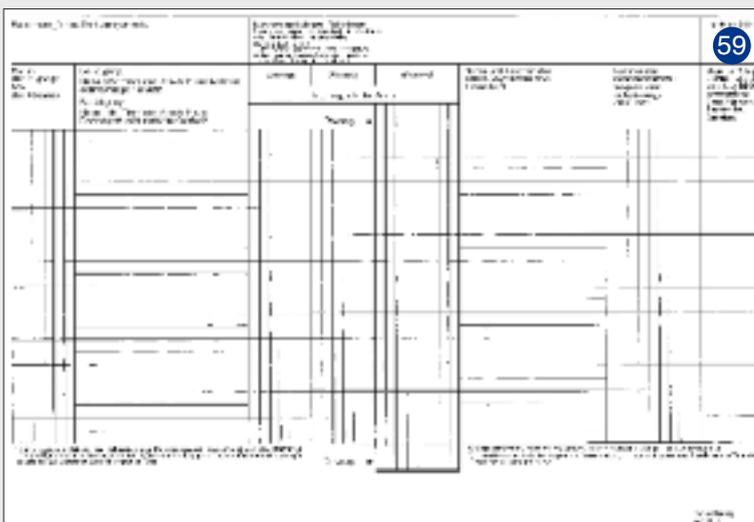
- 57 Gravidogramm**  
Einlegeblatt für den Mutterpass

Mindestabnahme:  
ab 100 Stück



- 58 Transparente Schutzhüllen für den Mutterpass**

Mindestabnahme:  
ab 10 Stück



- 59 Betäubungsmittelbuch**  
DIN A4, 100 Seiten  
stückweise erhältlich  
für den vorgeschriebenen  
Eintrag aller Zu- und Abgänge  
von Betäubungsmitteln

**Betäubungsmittelbuch**

# Patientenverfügung Vollmacht/Vorsorgevollmacht



**60 Patientenverfügung**  
DIN A4 - 4-seitig  
und zwei anhängende Patienten-  
verfügungen im Scheckkartenformat  
  
in Urkundenformat auf hochwertigem  
Dokumentenpapier

**61 Vollmacht/Vorsorgevollmacht**  
DIN A4 - 4-seitig  
und zwei anhängende Vorsorge-  
vollmachten im Scheckkartenformat  
  
in Urkundenformat auf hochwertigem  
Dokumentenpapier

**60 - 61**  
Mindestabnahme:      Optional:  
10 Stück                      mit Schutzhüllen

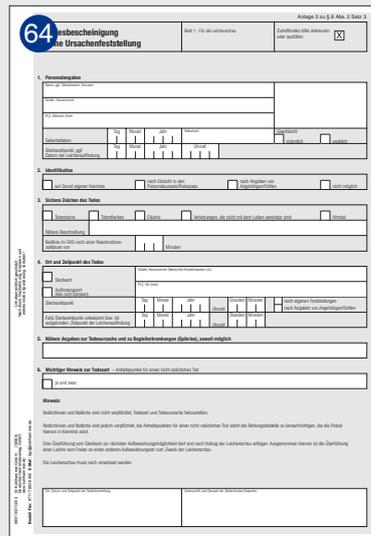


**62 Schutzhüllen-Set**  
Schutzhüllen  
1 x DIN A4 Schutzumschlag  
2 x DIN A7 Scheckkartenformat  
  
Bei Bedarf auch separat erhältlich  
Preis auf Anfrage

# Todesbescheinigungen



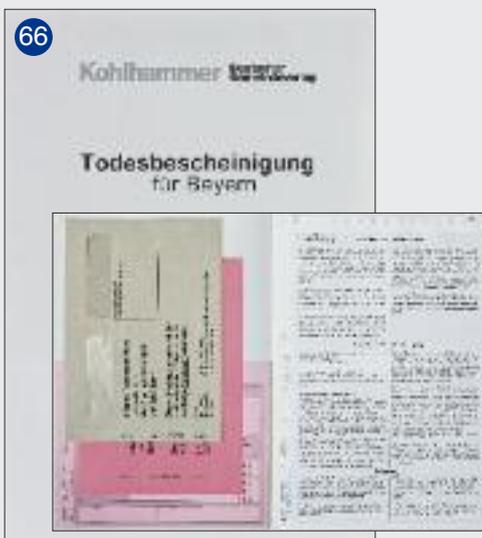
**63** **Todesbescheinigung Komplettsatz Ba.-Wü.** mit Obduktionsschein und Umschlägen für Standesamt, Feuerbestattung und Obduktion



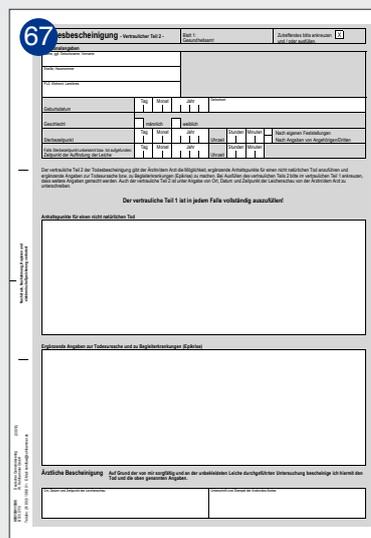
**64** **Todesbescheinigung ohne Ursachenfeststellung Ba.-Wü.** für den Einsatz im Notfalldienst



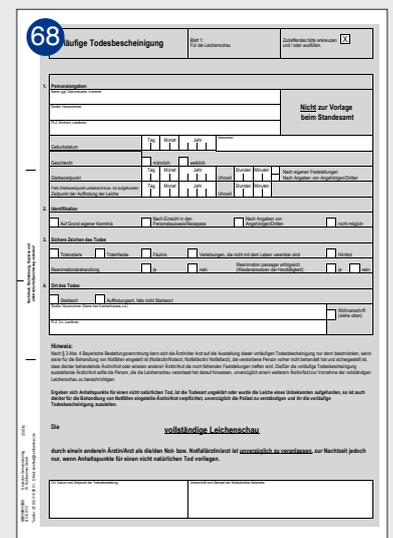
**65** **Unbedenklichkeitsbescheinigung zur Feuerbestattung Ba.-Wü.** Format: 21 x 20 cm; gemäß BestattVO Ba.-Wü. § 16 Abs. 2



**66** **Todesbescheinigung Komplettsatz Bayern** mit Vordrucksatz, Obduktionsschein und 2 Umschlägen



**67** **Todesbescheinigung vertraulicher Teil 2 Bayern** wird bei Vorliegen eines unnatürlichen Todes ausgefüllt, 5-fach Satz



**68** **Vorläufige Todesbescheinigung Bayern** für den Einsatz im Notfalldienst, 3-fach Satz

**Mindestabnahme:** jeweils ab 10 Stück.

**Wir führen Todesbescheinigungen für weitere Bundesländer.**

Den entsprechenden Bestellschein erhalten Sie auf Anfrage oder im Internet als Download.



# Stempel/Austauschkissen



## 73 Trodat – Professional

Textstempel 41 x 24 mm  
Textstempel 49 x 28 mm  
Textstempel 56 x 26 mm  
Textstempel 56 x 33 mm  
Textstempel 60 x 40 mm  
Textstempel 68 x 24 mm  
Textstempel 68 x 47 mm



## 74 Printy – Stempel

Textstempel 58 x 22 mm  
Textstempel 47 x 18 mm  
Textstempel 38 x 14 mm

Korpusfarbe:  
- Arktisweiß  
- Eco-schwarz  
- Himmelblau  
- Feuerrot



## 75 Mobile – Printy

Textstempel 38 x 14 mm  
Textstempel 47 x 18 mm

So könnte Ihr Stempel aussehen!



**Austauschkissen** sind passend zu unseren Stempeln erhältlich, siehe Preisliste.

Ihre Praxisdaten haben sich geändert? Wir fertigen Ihnen neue **Textplatten** für Ihre bereits vorhandenen Stempel. Preise auf Anfrage.

Bitte kontaktieren Sie uns direkt!

### BITTE BEACHTEN SIE

- 👉 Die angegebenen Textplattengrößen sind Maximalmaße und entsprechen nicht zwingend den tatsächlichen Abdruckgrößen. Diese können je nach Produktionstechnik der Textplatte geringfügig abweichen
- 👉 Die Lieferzeit beträgt vier Werktage nach Auftragseingang/Freigabe
- 👉 Evtl. entstehende Autorenkorrekturen werden nach Aufwand verrechnet

Wünschen Sie einen farbigen Stempel, eine andere Größe, eine andere Schrift, einen Stempel mit Ihrem Logo, oder einen anderen Stempeltyp, z. B. Holzstempel?

Wir erstellen Ihnen auf Anfrage gerne ein Angebot.

## Preisliste 2023

### Privatrezepte

Seiten 3–5, Abbildungen 1-13

Seite	Abb.	Artikel	Privatrezept
3	1	5901145-9	PKV blau, Wasserzeichen
3	2	5901199-1	Grün
3	3	5901155-9	Gelb quer
3	4	5901141-1	Flieder
3	5	5901143-1	Lachs
4	6	5901142-9	Rosa hoch
4	7	5901147-9	Rosa quer
4	8	5901140-9	Blau hoch
4	9	5901146-9	Blau quer
4	10	5901150-9	Gelb hoch
5	13	5901149-9	Aesculap

Gesamtpreis netto bei Abnahme von:	
100	10,20 €
300	14,70 €
500	19,50 €
1.000	27,20 €
2.000	46,00 €
3.000	60,00 €
4.000	74,00 €
5.000	84,00 €

Seite	Abb.	Artikel	Privatrezept mit Durchschlag
3	1	5901045-4	PKV blau quer, 2-fach
4	7	5901047-4	Rosa quer, 2-fach
4	8	5901040-4	Blau hoch, 2-fach

Gesamtpreis netto bei Abnahme von:	
500	86,50 €
1.000	111,50 €
2.000	170,00 €
4.000	264,00 €

Seite	Abb.	Artikel	Privatrezept mit Eindruck
3	1	5901459-1	PKV blau, Wasserzeichen ED Stempel
3	2	5901098-1	Grün quer ED Stempel
3	3	5901559-1	Gelb quer ED Stempel
4	6	5901042-0	Rosa hoch ED Kopf
4	6	5901042-1	Rosa hoch ED Kopf + Stempel
4	7	5901470-1	Rosa quer ED Kopf
4	7	5901471-1	Rosa quer ED Kopf + Stempel
4	8	5901040-0	Blau hoch ED Kopf
4	8	5901040-1	Blau hoch ED Kopf + Stempel
4	9	5901460-1	Blau quer ED Kopf
4	9	5901461-1	Blau quer ED Kopf + Stempel
4	10	5901050-0	Gelb hoch ED Kopf
4	10	5901050-1	Gelb hoch ED Kopf + Stempel
5	13	5901049-0	Aesculap hoch ED Kopf
5	13	5901049-1	Aesculap hoch ED Kopf + Stempel

Gesamtpreis netto bei Abnahme von:	
500	41,00 €
1.000	45,00 €
2.000	62,00 €
3.000	78,00 €
4.000	90,00 €
5.000	95,00 €

Seite	Abb.	Artikel	Privatrezept weiß mit Eindruck
5	11	5901044-0	Weiß hoch ED Kopf
5	11	5901044-1	Weiß hoch ED Kopf + Stempel
5	12	5901048-0	Weiß quer ED Kopf
5	12	5901048-1	Weiß quer ED Kopf + Stempel

Gesamtpreis netto bei Abnahme von:	
500	37,50 €
1.000	39,50 €
2.000	59,00 €
4.000	78,00 €

Seite	Abb.	Artikel	Privatrezept mit Eindruck und Durchschlag
3	1	5901045-3	PKV blau, 2-fach ED Stempel
5	11	5901044-2	Weiß hoch, 2-fach ED Kopf
5	11	5901044-3	Weiß hoch, 2-fach ED Kopf + Stempel
5	12	5901048-2	Weiß quer, 2-fach ED Kopf
5	12	5901048-3	Weiß quer, 2-fach ED Kopf + Stempel

Gesamtpreis netto bei Abnahme von:	
500	87,50 €
1.000	114,00 €
2.000	173,00 €
3.000	244,50 €
4.000	268,00 €

## Bescheinigungen

Seiten 6–8, Abbildungen 14-23

Seite	Abb.	Artikel	Bescheinigungen
6	14	5901121-0	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung privat
6	15	5901123-0	Schulbescheinigung
6	16	5901131-0	Schwangerschaftsbescheinigung
7	18	5901127-0	Anwesenheitsbescheinigung
8	22	5901130-0	Erklärung fehlende KV-Karte/Überweisungsschein

Gesamtpreis netto bei Abnahme von:	
100	10,00 €
300	15,00 €
500	22,50 €
1.000	31,00 €
2.000	48,00 €

8	20	5901119-0	Ärztliches Attest blau
8	21	5901120-0	Ärztliches Attest weiß
8	23	5901115-0	Erinnerung fehlende KV-Karte/Überweisungsschein

Gesamtpreis netto bei Abnahme von:	
100	10,00 €
300	20,10 €
500	28,50 €
1.000	39,00 €
2.000	64,00 €

## Private Brillenverordnungen

Seite 9, Abbildungen 24-27

Seite	Abb.	Artikel	Private Brillenverordnung	Gesamtpreis netto bei Abnahme von:			
				300	500	1.000	2.000
9	24	5901108-5	Entspr. Kassenvordruck, A5	14,70 €	19,75 €	28,00 €	43,00 €
9	24	5901008-1	Entspr. Kassenvordruck, A5 mit Eindruck	29,70 €	38,50 €	46,00 €	62,00 €
9	25	5901108-3	KVK-gerecht, A5	14,70 €	19,75 €	28,00 €	43,00 €
9	25	5901008-2	KVK-gerecht, A5 mit Eindruck	29,70 €	38,50 €	46,00 €	62,00 €
9	26	5901008-0	A5 mit Eindruck	29,70 €	38,50 €	46,00 €	62,00 €
9	27	5901008-5	A6 mit Eindruck	29,70 €	38,50 €	46,00 €	62,00 €

## Korrespondenz

Seiten 10-11, Abbildungen 28-32

Seite	Abb.	Artikel	Briefbogen A4 1-farbig	Gesamtpreis netto bei Abnahme von:			
				300	500	1.000	2.000
10	28	5901000-0	Briefbogen A4	34,80 €	44,00 €	55,00 €	80,00 €
10	28	5901000-1	Briefbogen A4, 2-fach	74,10 €	102,00 €	135,00 €	210,00 €

Seite	Abb.	Artikel	Briefbogen A5 1-farbig	Gesamtpreis netto bei Abnahme von:			
				300	500	1.000	2.000
10	29	5901000-8	Briefbogen A5 hoch	27,30 €	33,00 €	39,00 €	54,00 €
10	29	5901000-9	Briefbogen A5 hoch, 2-fach	52,80 €	70,50 €	91,00 €	140,00 €
10	30	5901000-5	Briefbogen A5 quer	27,30 €	33,00 €	39,00 €	54,00 €
10	30	5901000-6	Briefbogen A5 quer, 2-fach	52,80 €	70,50 €	91,00 €	140,00 €

Preis mehrfarbig oder unbedruckt auf Anfrage

Seite	Abb.	Artikel	Briefkuverts selbstklebend
10	31	5901060-3	DIN C6 ohne Fenster selbstklebend
10	31	5901061-3	DIN C6 mit Fenster selbstklebend
10	32	5901070-3	DIN lang ohne Fenster selbstklebend

Gesamtpreis netto bei Abnahme von:	
500	60,00 €
1.000	75,50 €
2.000	110,00 €

Seite	Abb.	Artikel	Briefkuverts mit Haftstreifen
10	31	5901060-5	DIN C6 ohne Fenster selbstklebend mit Haftstreifen
10	32	5901070-5	DIN lang ohne Fenster selbstklebend mit Haftstreifen
10	32	5901071-5	DIN lang mit Fenster selbstklebend mit Haftstreifen

Gesamtpreis netto bei Abnahme von:	
500	71,50 €
1.000	86,50 €
2.000	130,00 €

## Fortsetzung Korrespondenz

Seite 11, Abbildungen 33-36

				Gesamtpreis netto bei Abnahme von:			
Seite	Abb.	Artikel	Kurzbriefe/Kurzmitteilungen	300	500	1.000	2.000
11	33	5901000-3	Kurzbrief DIN lang, ED	26,40 €	31,50 €	37,00 €	52,00 €
11	34	5901010-5	Kurzmitteilung/Befund DIN lang, ED	26,40 €	31,50 €	37,00 €	52,00 €
11	35	5901033-0	Terminvereinbarung	25,20 €	30,00 €	35,00 €	48,00 €
Seite	Abb.	Artikel	Visitenkarten 1-farbig				
11	36	5901003-2	Groß (105 x 60 mm), 1-seitig				
11	36	5901003-3	Groß (105 x 60 mm), 2-seitig				
11	36	5901003-0	Klein (85 x 54 mm), 1-seitig, farbig				
11	36	5901003-4	Klein (85 x 54 mm), 1-seitig, schwarz				
11	36	5901003-1	Klein (85 x 54 mm), 2-seitig, farbig				
11	36	5901003-5	Klein (85 x 54 mm), 2-seitig, schwarz				
					500	1.000	2.000
					79,00 €	95,00 €	110,00 €
					131,50 €	148,00 €	168,00 €
					69,00 €	75,00 €	80,00 €
					44,00 €	52,00 €	56,00 €
					123,00 €	134,00 €	146,00 €
					120,00 €	129,00 €	138,00 €

## Organisationsmittel

Seiten 12-13, Abbildungen 37-43

				Gesamtpreis netto bei Abnahme von:				
Seite	Abb.	Artikel	Karteitaschen	100	300	500	1.000	2.000
12	37	5901112-0	Karteitaste blau	27,60 €	82,80 €	120,50 €	225,00 €	450,00 €
12	37	5901112-8	Karteitaste orange	27,60 €	82,80 €	120,50 €	225,00 €	450,00 €
12	37	5901112-9	Karteitaste grün	27,60 €	82,80 €	120,50 €	225,00 €	450,00 €
12	38	5901112-5	Karteitaste weiß mit blauer Schrift	24,00 €	66,75 €	103,00 €	178,00 €	328,00 €
12	39	5901112-1	Karteitaste Extra	18,50 €	46,20 €	66,00 €	130,00 €	253,00 €
Seite	Abb.	Artikel	Karteieinlagen/Aufkleber	100	300	500	1.000	2.000
13	41	5901113-0	Karteieinlegeblatt A4, 2-seitig	11,20 €	30,15 €	44,50 €	62,00 €	99,00 €
13	41	5901113-5	Karteieinlegeblatt A5, 2-seitig	10,00 €	20,85 €	34,00 €	43,00 €	70,00 €
13	42	5901125-2	Haftetikett Personalienfeld, 4 Etik./Bogen	21,35 €	57,45 €	85,25 €	117,50 €	191,00 €
Seite	Abb.	Artikel	Organisationshilfe					
13	43	00/520/0320/50	Medizinproduktebuch/Gerätebuch					
					1	3	5	10
					10,80 €	32,40 €	54,00 €	97,20 €

## Röntgen

Seite 14, Abbildungen 44-47

				Gesamtpreis netto bei Abnahme von:				
Seite	Abb.	Artikel	Röntgen	100	300	500	1.000	2.000
14	44	5901126-0	Fragebogen Röntgenanforderung	10,40 €	15,90 €	23,50 €	32,00 €	52,00 €
14	47	5901161-10	Befundtasche grau, klein	11,00 €	24,12 €	38,70 €	110,00 €	128,80 €
14	47	5901160-10	Befundtasche grau, groß	28,50 €	85,50 €	142,50 €	274,50 €	509,00 €
14	47	5901162-10	Befundtasche natron	12,27 €	31,71 €	51,35 €	96,70 €	179,40 €
				10	30	50	100	500
14	46	00/520/3002/40	Strahlenpass mit Meldeblättern	54,16 €	152,93 €	238,95 €	477,90 €	auf Anfrage

## OP/Abrechnung/Überweisung

Seite 15, Abbildungen 48-51

				Gesamtpreis netto bei Abnahme von:				
Seite	Abb.	Artikel	OP	100	300	500	1.000	2.000
15	48	5901132-0	OP-Aufklärung	10,40 €	15,90 €	23,50 €	32,00 €	52,00 €
15	49	5901114-0	Ersatz-Abrechnungsblatt	10,00 €	10,40 €	12,00 €	16,00 €	26,00 €
15	50	5901208-0	Protokollblatt Befunddoku. Anästhesie	10,40 €	15,90 €	23,50 €	32,00 €	52,00 €
15	51	5901107-0	Kollegiale Überweisung	5,90 €	15,90 €	23,50 €	32,00 €	52,00 €

## Pässe/Ausweise

Seite 16, Abbildungen 52-56

Seite	Abb.	Artikel	Pässe/Ausweise	Gesamtpreis netto bei Abnahme von:				
				100	300	500	1.000	2.000
16	52	5901181-0	Patientenpass	14,00 €	42,00 €	70,00 €	140,00 €	280,00 €
				10	30	50	100	500
16	53	00/525/0400/60	Europäischer Notfallausweis	14,62 €	43,86 €	65,00 €	112,12 €	446,87 €
16	54	5901180-0	Diabetespass	13,00 €	39,00 €	65,00 €	130,00 €	650,00 €
16	55	00/513/0572/40	Impfbuch	10,93 €	32,79 €	48,60 €	83,83 €	334,12 €
16	56	14/513/0572/40	Impfbuch inkl. Notfallausw./Organsp.-ausw.	17,49 €	52,46 €	77,72 €	134,07 €	534,32 €

## Verschiedenes

Seite 17, Abbildungen 57-59

Seite	Abb.	Artikel	Verschiedenes	Gesamtpreis netto bei Abnahme von:				
				100	300	500	1.000	2.000
17	57	5901172-0	Gravidogramm	13,60 €	36,60 €	54,00 €	75,00 €	122,00 €
17	58	5901154-0	Schutzhülle für Mutterpass	0,36 € pro Stück				
17	59	5901153-0	Betäubungsmittelbuch	14,60 € pro Stück				

## Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Seite 18, Abbildungen 60-62

Seite	Abb.	Artikel	Patientenverf./Vorsorgevollm.	Gesamtpreis netto bei Abnahme von:				
				10	30	50	100	500
18	60	00/460/2050/29	Patientenverfügung	19,70 €	59,10 €	87,56 €	151,04 €	601,97 €
18	61	00/460/2052/27	Vorsorgevollmacht	11,95 €	35,86 €	53,12 €	91,63 €	365,20 €
18	62	5902027-0	Schutzhüllen-Set	1,32 € pro Stück				

## Todesbescheinigungen

Seite 19, Abbildungen 63-68

Seite	Abb.	Artikel	Leichenschau Ba.-Wü.	Gesamtpreis netto bei Abnahme von:				
				10	30	50	100	500
19	63	08/515/0111/50	TB Komplettsatz Ba.-Wü.	19,93 €	59,78 €	91,88 €	170,48 €	819,18 €
19	64	08/515/0113/03	TB ohne Ursachenfeststellung Ba.-Wü.	10,24 €	30,73 €	45,52 €	78,52 €	312,95 €
19	65	08/713/0019/01	Unbedenkl. Feuerbestattung Ba.-Wü.	2,01 €	6,02 €	8,92 €	15,39 €	61,32 €
Seite	Abb.	Artikel	Leichenschau Bayern	10	30	50	100	500
19	66	09/515/0111/50	TB Komplettsatz Bayern	19,93 €	59,78 €	91,88 €	170,48 €	819,18 €
19	67	09/515/0115/05	TB Vertraulicher Teil 2 Bayern	14,59 €	43,77 €	64,84 €	111,85 €	445,77 €
19	68	09/515/0113/03	Vorläufige TB Bayern	10,89 €	32,67 €	50,21 €	93,17 €	447,70 €

## Bescheinigungen ärztl. Untersuchungen zur Fahrerlaubnisverordnung

Seite 20, Abbildungen 69-72

Seite	Abb.	Artikel	Bescheinigungen FeV	Gesamtpreis netto bei Abnahme von:				
				10	30	50	100	500
20	69	00/125/0011/03	Besch. ärztl. Unters. §11; §48 FeV	6,20 €	18,60 €	27,56 €	47,54 €	189,47 €
20	70	00/125/0012/03	Besch. ärztl. Unters. FeV, Anl. 6 Nr. 2.1	6,08 €	18,24 €	27,04 €	46,64 €	185,90 €
20	71	00/125/0013/03	Zeugnis augenärztl. Unters. Anl. 6 Nr. 2.2	6,08 €	18,24 €	27,04 €	46,64 €	185,90 €
20	72	00/125/1901/03	Sehtestbescheinigung gem. FeV	10,24 €	30,72 €	45,52 €	78,52 €	312,95 €

## Stempel/Austauschkissen

Seite 21, Abbildungen 73-75

Seite	Artikel	Trodax Abb. 73	Stückpreis netto	Artikel	Austauschkissen	Stückpreis netto
21	5905200-1	Textstempel 41 x 24 mm	55,90 €	5901165-0	für 41 x 24 mm	10,00 €
21	5905203-1	Textstempel 49 x 28 mm	59,50 €	5901165-3	für 49 x 28 mm	10,00 €
21	5905204-1	Textstempel 56 x 26 mm	65,60 €	5901165-6	für 56 x 26 mm	10,00 €

## Fortsetzung Stempel/Austauschkissen

Seite 21, Abbildungen 73-75

Seite	Artikel	Trodat Abb. 73	Stückpreis netto	Artikel	Austauschkissen	Stückpreis netto
21	5905206-1	Textstempel 56 x 33 mm	<b>71,00 €</b>	5901165-6	für 56 x 33 mm	<b>10,00 €</b>
21	5905274-1	Textstempel 60 x 40 mm	<b>75,20 €</b>	5901165-7	für 60 x 40 mm	<b>10,00 €</b>
21	5905205-1	Textstempel 68 x 24 mm	<b>68,50 €</b>	5901165-5	für 68 x 24 mm	<b>10,00 €</b>
Seite	Artikel	Printy Abb. 74	Stückpreis netto	Artikel	Austauschkissen	Stückpreis netto
21	5904911-1	Textstempel 38 x 14 mm	<b>26,20 €</b>	5901491-1	für 38 x 14 mm	<b>6,50 €</b>
21	5904912-1	Textstempel 47 x 18 mm	<b>33,10 €</b>	5901491-2	für 47 x 18 mm	<b>6,50 €</b>
21	5904913-1	Textstempel 58 x 22 mm	<b>38,70 €</b>	5901491-3	für 58 x 22 mm	<b>6,50 €</b>

Die angegebenen Preise verstehen sich zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer, sowie Porto und Verpackung. Preisänderungen sowie Artikeländerungen vorbehalten. Die Lieferung erfolgt gemäß unseren allgemeinen Liefer- und Zahlungsbedingungen und Hinweisen im Katalog.

### Bestell-Service:

Wir sind für Sie da: Montag – Donnerstag von 07:30 Uhr – 12:30 Uhr und von 13:15 Uhr – 17:00 Uhr  
Freitag von 07:30 Uhr – 12:30 Uhr und von 13:15 Uhr – 16:00 Uhr

### Liefer-Service:

Artikel ohne Eindruck liefern wir zwei Tage nach Bestelleingang. Für Artikel mit Eindruck beträgt die Lieferzeit ca. 10 Arbeitstage.

### Sonderanfertigungen:

Gerne setzen wir Ihre individuellen Wünsche um!  
Auf Anfrage erstellen wir Ihnen schnell und unverbindlich ein Angebot.

### Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass es sich bei allen Abbildungen in diesem Katalog um unverbindliche Gestaltungsmuster handelt.

W. Kohlhammer GmbH  
Verlag für Ärzte  
70549 Stuttgart

Telefon: 0711 7863-7281  
Telefax: 0711 7863-8340  
E-Mail: [arztformular@kohlhammer.de](mailto:arztformular@kohlhammer.de)

Besuchen Sie uns auf unserer Homepage:

[www.kohlhammer.de](http://www.kohlhammer.de)







# Bestellschein Privatrezepte mit Eindruck

Bestelldatum:	Bestellzeichen / Abteilung / Ansprechpartner / Unterschrift:
Ihre Kundennummer (falls bekannt):	Betriebsstättennummer:
Praxisurlaub:	von: bis:

Privatrezept	Menge	Eindruck
PKV, blau quer		<input type="checkbox"/> ED Stempel
Grün quer		<input type="checkbox"/> ED Stempel
Gelb quer		<input type="checkbox"/> ED Stempel
Rosa hoch		<input type="checkbox"/> ED Kopf <input type="checkbox"/> ED Kopf + Stempel
Rosa quer		<input type="checkbox"/> ED Kopf <input type="checkbox"/> ED Kopf + Stempel
Blau hoch		<input type="checkbox"/> ED Kopf <input type="checkbox"/> ED Kopf + Stempel
Blau quer		<input type="checkbox"/> ED Kopf <input type="checkbox"/> ED Kopf + Stempel
Gelb hoch		<input type="checkbox"/> ED Kopf <input type="checkbox"/> ED Kopf + Stempel
Aesculap hoch		<input type="checkbox"/> ED Kopf <input type="checkbox"/> ED Kopf + Stempel

Gesamtpreis netto bei Abnahme von	
500	41,00 €
1.000	45,00 €
2.000	62,00 €
3.000	78,00 €
4.000	90,00 €
5.000	95,00 €

Privatrezept	Menge	Eindruck
Weiß hoch		<input type="checkbox"/> ED Kopf <input type="checkbox"/> ED Kopf + Stempel
Weiß quer		<input type="checkbox"/> ED Kopf <input type="checkbox"/> ED Kopf + Stempel

Gesamtpreis netto bei Abnahme von	
500	37,50 €
1.000	39,50 €
2.000	59,00 €
4.000	78,00 €

Privatrezept	Menge	Eindruck mit Durchschlag
PKV, blau quer 2-fach		<input type="checkbox"/> ED Stempel
Weiß hoch 2-fach		<input type="checkbox"/> ED Kopf <input type="checkbox"/> ED Kopf + Stempel
Weiß quer 2-fach		<input type="checkbox"/> ED Kopf <input type="checkbox"/> ED Kopf + Stempel

Gesamtpreis netto bei Abnahme von	
500	87,50 €
1.000	114,00 €
2.000	173,00 €
3.000	244,50 €
4.000	268,00 €

Die Preise verstehen sich zuzüglich Verpackungs- u. Versandkosten, sowie der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Formular- und Preisänderungen vorbehalten. Es gelten die AGB's der W. Kohlhammer GmbH.

Ihre Kundennummer (falls bekannt):	Betriebsstättennummer:
Bestelldatum:	Bestellzeichen / Abteilung / Ansprechpartner / Unterschrift:
Praxisurlaub:	
von:	bis:

# Kohlhammer

W. KOHLHAMMER GMBH

Verlag für Ärzte

Postanschrift:  
70549 Stuttgart

Telefon 0711 7863-7379  
Telefax 0711 7863-8340

www.kohlhammer.de  
arztformular@kohlhammer.de

## Bestellschein Todesbescheinigung/Leichenschau

W. Kohlhammer GmbH  
Verlag für Ärzte  
70549 Stuttgart

Liefer- und Rechnungsanschrift:

Hiermit bestellen wir folgende Artikel:

Artikelnr.	Menge	Bezeichnung	Gesamtpreis netto bei Abnahme von			
<b>Schleswig-Holstein</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
01/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz SH	16,96 €	50,87 €	75,36 €	130,00 €
01/515/0112/02		Obduktionsschein	5,79 €	17,36 €	25,72 €	44,37 €
<b>Niedersachsen</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
03/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz NS	20,40 €	61,21 €	90,68 €	156,42 €
<b>Nordrhein-Westfalen</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
05/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz NRW	10,89 €	32,67 €	50,21 €	93,17 €
<b>Hessen</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
06/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz HE	27,84 €	83,51 €	123,72 €	213,42 €
06/515/0112/03		Vorläufige Todesbescheinigung (nur für Rettungsdienst)	11,66 €	34,99 €	51,84 €	89,42 €
06/515/0113/03		Bescheinigung über die zweite Leichenschau	16,52 €	49,57 €	73,44 €	126,68 €
<b>Rheinland-Pfalz</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
07/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz RP	29,16 €	87,48 €	129,60 €	223,56 €
07/515/0112/03		Vorläufige Todesbescheinigung	15,88 €	47,63 €	70,56 €	121,72 €
<b>Baden-Württemberg</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
08/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz BW	19,93 €	59,78 €	91,88 €	170,48 €
08/515/0113/03		Todesbesch. ohne Ursachefeststellung (Notdienst)	10,24 €	30,73 €	45,52 €	78,52 €
<b>Bayern</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
09/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz BY	19,93 €	59,78 €	91,88 €	170,48 €
09/515/0115/05		Todesbescheinigung - vertraulicher Teil 2	14,59 €	43,77 €	64,84 €	111,85 €
09/515/0113/03		Vorläufige Todesbescheinigung	10,89 €	32,67 €	50,21 €	93,17 €
<b>Brandenburg</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
12/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz BB	27,84 €	83,51 €	123,72 €	213,42 €
12/515/0112/02		Vorläufige Bescheinigung der Todesfeststellung	6,32 €	18,95 €	29,13 €	54,05 €
12/515/0113/02		Sektionsschein	4,86 €	14,58 €	22,41 €	41,58 €
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
13/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz MVP	22,00 €	65,99 €	97,76 €	168,64 €
13/515/0112/03		Todesfeststellung	10,36 €	31,08 €	46,04 €	79,42 €

Formular- und Preisänderungen vorbehalten. Es gelten die AGB's der W. Kohlhammer GmbH.

Alle Todesbescheinigungen sind kostenpflichtig.

Die Preise verstehen sich zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer, sowie der Verpackungs- und Versandkosten.

Ihre Kundennummer (falls bekannt):	Betriebsstättennummer:
Bestelldatum:	Bestellzeichen / Abteilung / Ansprechpartner / Unterschrift:
Praxisurlaub:	
von:	bis:

# Kohlhammer

W. KOHLHAMMER GMBH

Verlag für Ärzte

Postanschrift:  
70549 Stuttgart

Telefon 0711 7863-7379  
Telefax 0711 7863-8340

www.kohlhammer.de  
arztformular@kohlhammer.de

## Bestellschein Todesbescheinigung/Leichenschau

W. Kohlhammer GmbH  
Verlag für Ärzte  
70549 Stuttgart

Liefer- und Rechnungsanschrift:
---------------------------------

Hiermit bestellen wir folgende Artikel:

Artikelnr.	Menge	Bezeichnung	Gesamtpreis netto bei Abnahme von			
<b>Schleswig-Holstein</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
01/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz SH	16,96 €	50,87 €	75,36 €	130,00 €
01/515/0112/02		Obduktionsschein	5,79 €	17,36 €	25,72 €	44,37 €
<b>Niedersachsen</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
03/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz NS	20,40 €	61,21 €	90,68 €	156,42 €
<b>Nordrhein-Westfalen</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
05/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz NRW	10,89 €	32,67 €	50,21 €	93,17 €
<b>Hessen</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
06/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz HE	27,84 €	83,51 €	123,72 €	213,42 €
06/515/0112/03		Vorläufige Todesbescheinigung (nur für Rettungsdienst)	11,66 €	34,99 €	51,84 €	89,42 €
06/515/0113/03		Bescheinigung über die zweite Leichenschau	16,52 €	49,57 €	73,44 €	126,68 €
<b>Rheinland-Pfalz</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
07/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz RP	29,16 €	87,48 €	129,60 €	223,56 €
07/515/0112/03		Vorläufige Todesbescheinigung	15,88 €	47,63 €	70,56 €	121,72 €
<b>Baden-Württemberg</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
08/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz BW	19,93 €	59,78 €	91,88 €	170,48 €
08/515/0113/03		Todesbesch. ohne Ursachefeststellung (Notdienst)	10,24 €	30,73 €	45,52 €	78,52 €
<b>Bayern</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
09/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz BY	19,93 €	59,78 €	91,88 €	170,48 €
09/515/0115/05		Todesbescheinigung - vertraulicher Teil 2	14,59 €	43,77 €	64,84 €	111,85 €
09/515/0113/03		Vorläufige Todesbescheinigung	10,89 €	32,67 €	50,21 €	93,17 €
<b>Brandenburg</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
12/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz BB	27,84 €	83,51 €	123,72 €	213,42 €
12/515/0112/02		Vorläufige Bescheinigung der Todesfeststellung	6,32 €	18,95 €	29,13 €	54,05 €
12/515/0113/02		Sektionsschein	4,86 €	14,58 €	22,41 €	41,58 €
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>			<b>10</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
13/515/0111/50		Todesbescheinigung Komplettsatz MVP	22,00 €	65,99 €	97,76 €	168,64 €
13/515/0112/03		Todesfeststellung	10,36 €	31,08 €	46,04 €	79,42 €

Formular- und Preisänderungen vorbehalten. Es gelten die AGB's der W. Kohlhammer GmbH.

Alle Todesbescheinigungen sind kostenpflichtig.

Die Preise verstehen sich zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer, sowie der Verpackungs- und Versandkosten.













# Allgemeine Lieferungs- und Zahlungsbedingungen für Formulare der W. Kohlhammer GmbH (Verlag für Ärzte, Schulen, Krankenkassen und Architekten) und der Deutscher Gemeindeverlag GmbH

## I. Geltungsbereich

1. Für alle uns erteilten Aufträge - auch die zukünftigen - gelten ausschließlich diese Allgemeinen Bedingungen, auch wenn der Auftrag des Kunden abweichende Bedingungen enthält.
2. Abweichende Bedingungen des Kunden - gleichgültig in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt sie uns zugehen - gelten als ausdrücklich widersprochen und ausgeschlossen.

## II. Angebot

1. Unsere Angebote sind freibleibend.
2. An Entwürfen, Zeichnungen, Mustern und sonstigen Unterlagen - auch elektronisch erfassten - behalten wir uns Eigentums- und Urheberrechte uneingeschränkt vor. Sie dürfen Dritten nicht zugänglich gemacht werden und sind auf Verlangen, in jedem Fall jedoch bei Nichterteilung des Auftrags unverzüglich zurückzugeben. Jegliche Verwendung darf nur mit unserer Zustimmung und nur in Zusammenarbeit mit uns erfolgen. Eigenverwertung durch den Kunden ist ausdrücklich ausgeschlossen.

## III. Preise und Zahlungen

1. Unsere Preise gelten in Euro, ab Werk oder Lager ausschließlich der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Sie schließen Verpackung, Versandkosten und Versicherung nicht ein.
2. Der Mindestauftragswert beträgt 10 Euro ohne Versandkosten.
3. Der Verlag behält sich Preisänderungen zwischen Auftrag und Lieferung vor, wenn die Durchführung der Aufträge einen Zeitraum von vier Monaten übersteigt. Kundenspezifische Entwürfe, Zeichnungen etc. sowie auf Wunsch des Kunden durchgeführte Änderungen berechnen wir gesondert nach unseren Kostensätzen.
4. Zahlungen auf Warenlieferungen sind innerhalb von 30 Tagen ohne jeden Abzug oder innerhalb von 14 Tagen - jeweils gerechnet ab Rechnungsdatum - mit 2 % Skonto zu bezahlen. Zahlungen im Dienstleistungsbereich sind stets rein netto zu bezahlen. Wechsel werden zahlungshalber nur nach ausdrücklicher vorheriger Vereinbarung akzeptiert. Hierdurch verursachte Kosten trägt in jedem Fall der Kunde. Bei Scheck oder Wechselzahlungen gilt die Zahlung erst bei Einlösung als bewirkt.
5. Bei Aufträgen mit einem Gesamtvolumen von mehr als 10.000 Euro, sind wir berechtigt, Abschlagszahlungen gemäß den jeweils erbrachten Leistungen zu verlangen.
6. Zahlungen werden vorrangig auf etwaige Zinsen und Kosten, im Übrigen auf die jeweils älteste Schuld verrechnet. Aufrechnung oder Zurückhaltung von Zahlungen wegen von uns bestrittener oder nicht rechtskräftig festgestellter Gegenansprüche sind unzulässig.
7. Bei Zahlungsrückstand des Kunden oder wesentlicher Verschlechterung seiner Kreditwürdigkeit werden sofort alle Forderungen, auch im Falle einer Stundung bzw. der Hereinnahme von Wechseln und Schecks, zur Barzahlung fällig. Ferner sind wir in diesem Fall berechtigt, noch nicht ausgelieferte Ware zurückzuhalten oder Vorauszahlungen oder Sicherheitsleistung zu verlangen oder nach angemessener Nachfrist von allen bestehenden Abschlüssen zurückzutreten. Die Geltendmachung weiteren Verzugs Schadens wird hierdurch nicht ausgeschlossen.

## IV. Lieferung und Gefährübergang

1. Die Angabe einer Lieferzeit ist unverbindlich.
2. Eine verbindliche Lieferfrist ist nur wirksam, wenn sie von uns schriftlich als solche bestätigt wird. Sie rechnet sich von dem Tag ab, an welchem uns der restlos - insbesondere in technischer Hinsicht - geklärte Auftrag nebst vom Kunden zu beschaffender Vorlagen etc. vorliegt und eine etwa vereinbarte Anzahlung bei uns eingegangen ist. Für die Dauer der Prüfung der Andrucke, Fertigungsmuster, Korrekturabzüge usw. durch den Kunden ist die Lieferzeit jeweils unterbrochen, und zwar vom Tag der Absendung an den Kunden bis zum Tage des Eintreffens seiner Stellungnahme. Wünscht der Kunde nach unserer Auftragsbestätigung Änderungen des Auftrags, welche die Anfertigungsdauer beeinflussen, so beginnt eine neue Lieferzeit mit unserer Bestätigung dieser Änderungen.
3. Eine verbindliche Lieferfrist ist eingehalten, wenn die Leistung innerhalb der vorgesehenen Frist an den Kunden bzw. dessen Erfüllungsgehilfen abgesandt wird. Die Einhaltung jeder Lieferfrist setzt die pünktliche Erfüllung der Vertragspflichten des Kunden voraus.
4. Liefer- und Leistungsverzögerungen aufgrund höherer Gewalt und aufgrund von Ereignissen, die uns die Lieferung wesentlich erschweren oder unmöglich machen, wozu auch nachträglich auftretende Materialbeschaffungsschwierigkeiten, Betriebsstörungen, Streik, Aussperrung, Mangel an Transportmitteln, behördliche Anordnungen usw. gehören, haben wir nicht zu vertreten. Solche Umstände verlängern etwa verbindlich vereinbarte Lieferfristen um angemessene Zeit.
5. Teillieferungen sind zulässig. Wird ein Druckerzeugnis speziell für einen Kunden hergestellt, sind Mehr- oder Minderlieferungen der bestellten Auflage bis zu 10 % zulässig. Der Berechnung wird stets die tatsächlich gelieferte Menge zugrunde gelegt.
6. Die Gefahr geht in jedem Fall auf den Kunden über, wenn die Sendung unser Haus verlässt. Auf Wunsch und Kosten des Kunden wird die Sendung von uns gegen Transportschäden versichert. Wird auf Wunsch des Kunden der Versand oder die Zustellung verzögert, so geht die Gefahr vom Tage der Versandbereitschaft auf den Kunden über.

## V. Eigentums- und Urheberrechte

1. Die gelieferte Ware bleibt bis zur vollständigen Bezahlung aller im Rahmen der Geschäftsverbindung bestehender Forderungen unser Eigentum. Weiterveräußerungen der Vorbehaltsware an Dritte bedürfen der Zustimmung. Für den Fall der Weiterveräußerung tritt der Kunde seine Forderungen hiermit an uns ab. Werden die unter Eigentumsvorbehalt gelieferten Waren von dritter Seite gepfändet, so hat der Käufer zu widersprechen und den Verlag sofort zu benachrichtigen. Soweit der Wert aller unserer Sicherungsrechte die Höhe aller gesicherten Ansprüche um mindestens 20 % übersteigt, geben wir einen entsprechenden Teil der Sicherungsrechte frei.
2. Das Urheberrecht und das Recht der Vervielfältigung in jeglichem Verfahren und zu jeglichem Verwendungszweck an eigenen Skizzen, Entwürfen, Originalen, Filmen und dergleichen verbleibt - vorbehaltlich ausdrücklicher anderweitiger Regelung - bei uns. Jeglicher Nachdruck und jegliche Vervielfältigung ist ohne unsere Genehmigung auch dann unzulässig, wenn die betreffende Lieferung nicht Gegenstand eines Urheberrechts oder eines anderen gewerblichen Rechtsschutzes ist.

3. Der Kunde steht dafür ein, dass uns übergebene Vorlagen nicht Urheberrechten Dritter unterliegen bzw. die entsprechenden Verwertungsrechte vorliegen sowie deren Inhalt nicht gegen gewerbliche Schutzrechte Dritter oder gesetzliche Bestimmungen verstößt. Der Kunde stellt uns von allen Forderungen frei, die uns gegenüber aus diesbezüglichen Verletzungen erhoben werden.
4. Wir sind berechtigt, auf unseren Leistungen in branchenüblicher Form unser Kennzeichen anzubringen.

## VI. Gewährleistung und Schadenersatz

1. Der Kunde steht für die Richtigkeit, Lesbarkeit und Vollständigkeit der uns zur Auftragsdurchführung übergebenen Vorlagen und sonstiger Unterlagen ein. Diesbezügliche Irrtümer auf Seiten des Kunden können eine Mangelhaftigkeit unserer Leistungen nicht begründen. Ebenso können Mängelrügen, die im Widerspruch zu einer erteilten Druckgenehmigung stehen, nicht erhoben werden.
2. Die vorgesehenen Papiere, Papierfarben und Kohlepapiere sind unverbindliche Richtlinien. Abweichungen, insbesondere bei Qualität, Stoffzusammensetzung, Reißfestigkeit, Papierfarbe, Gewicht und Kohlepapierfärbung, lassen sich bei Papierfabriken von Fertigung zu Fertigung nicht vermeiden. Der Kunde kann daher insoweit keine Gewährleistungsansprüche geltend machen. Bei selbstdurchschreibenden Papieren aller Art und Folien können wir gegenüber kaufmännischen Kunden für Durchschrift, Druckqualität, Lagerqualität etc. nur in dem Umfang Gewähr übernehmen, wie sie von den Herstellern oder Lieferanten solcher Papiere und Folien gegeben wird.
3. Geringfügige Abweichungen, die sich durch technische Bedingungen oder Unterschiede in den verwendeten Fertigungsstoffen zwischen Original- bzw. Druckvorlage und dem Auftragsgegenstand ergeben, bleiben ausdrücklich als handelsüblich vorbehalten und stellen keinen Mangel dar. Dasselbe gilt für Passunterschiede in der Blatthöhe sowie Blattbreite bis zu 1% der Blattgröße, da derartige Abweichungen aufgrund des spezifischen Verhaltens des Papiers beim Zusammentragen in Endlosbahnen und seine hygroskopische Eigenart nicht vermeidbar sind.
4. Offensichtliche Mängel unserer Leistung sind unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 10 Tagen nach Auslieferung an den Kunden bzw. dessen Erfüllungsgehilfen, schriftlich zu rügen. Bei Kaufleuten erstreckt sich diese Pflicht auch auf nicht offensichtliche Mängel.
5. Berechtigterweise geltend gemachte Mängel unserer Leistung beheben wir nach unserer Wahl unentgeltlich durch Nachbesserung oder Ersatzlieferung (Neuproduktion). Der Nachweis des Mangels obliegt dem Kunden. Es gilt die jeweilige gesetzliche Gewährleistungsfrist. Schlägt die von uns durchzuführende Gewährleistung innerhalb nach vom Kunden angemessen zu setzende Nachfrist fehl, so kann der Kunde angemessene Herabsetzung der Vergütung oder Rückgängigmachung des Vertrags verlangen.
6. Korrekturabzüge und Andrucke sind vom Auftraggeber auf Satz- und sonstige Fehler zu prüfen und dem Lieferanten druckreif erklärt zurückzugeben. Für vom Auftraggeber übersehene Fehler haften wir nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit. Fernmündlich aufzugebene Änderungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung. Bei kleineren Druckaufträgen und gesetzten Manuskripten sind wir nicht verpflichtet, dem Auftraggeber einen Korrekturabzug zu übersenden. Wird die Übersendung eines Korrekturabzuges nicht verlangt, so beschränkt sich die Haftung für Satzfehler auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit. Bei Änderung der Druckgenehmigung gehen alle Spesen einschließlich der Kosten des Maschinenstillstandes zu Lasten des Auftraggebers. Bei farbigen Reproduktionen in allen Druckverfahren stellen geringfügige Abweichungen vom Original keinen Mangel dar und können daher nicht beanstandet werden. Dasselbe gilt für den Vergleich zwischen etwaigen farbechtlichen Vorlagen und dem Auftragsdruck.
7. Darüber hinaus haften wir, soweit von uns keine ausdrücklichen Garantien abgegeben wurden, nur bei schuldhaften Verletzungen des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit durch uns oder durch unsere Erfüllungsgehilfen. Hier verbleibt es bei der gesetzlichen Haftung. Dies gilt auch für die Haftung nach dem Produkthaftungsgesetz sowie für Schäden, die auf einer grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Pflichtverletzung durch uns oder unsere Erfüllungsgehilfen beruhen. Im Falle leichter Fahrlässigkeit von uns oder unserer Erfüllungsgehilfen besteht eine Haftung lediglich bei der Verletzung wesentlicher Vertragspflichten; hier ist die Haftung dann begrenzt auf den Ersatz des vertragstypischen, vorhersehbaren Schadens. Dieser übersteigt in der Regel nicht den Kaufpreis der bestellten Ware. Wesentliche Vertragspflichten sind die jeweiligen vertraglichen Hauptleistungspflichten sowie sonstige vertragliche (Neben-)pflichten, die im Falle einer schuldhaften Pflichtverletzung dazu führen können, dass die Erreichung des Vertragszwecks gefährdet wird.

## VII. Datenspeicherung

Sie willigen darin ein, dass wir Ihre Daten soweit geschäftsnotwendig und im Rahmen des Datenschutzgesetzes zulässig EDV-mäßig speichern und verarbeiten (§§ 3, 27 ff. BDSG). Diese Einwilligung gilt gleichzeitig als Benachrichtigung im Sinne des § 33 Abs. 1 BDSG.

## VIII. Gerichtsstand, Erfüllungsort und Schlussbestimmungen

1. Gerichtsstand für alle rechtlichen Streitigkeiten aus den Geschäftsbeziehungen mit Kunden, die Kaufleute, eine juristische Person des öffentlichen Rechts oder ein öffentlich-rechtliches Sondervermögen sind, sowie Erfüllungsort für alle sich aus dem Vertragsverhältnis ergebenden Pflichten ist Stuttgart.
2. Für die Beurteilung der gesamten Rechtsbeziehungen zum Kunden gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. International-rechtliche Bestimmungen sind ausgeschlossen.
3. Sollte ein Teil des Vertrages oder dieser Allgemeinen Lieferungs- und Zahlungsbedingungen unwirksam oder undurchführbar sein, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages oder dieser Bedingungen im Übrigen nicht berührt. Spätere Ergänzungen oder Abänderungen des Vertrages oder dieser Bedingungen bedürfen der Schriftform, wobei unsere Bestätigung maßgeblich ist.

# **Kohlhammer**

Verlag für Ärzte

**Anschrift:** W. Kohlhammer GmbH  
Verlag für Ärzte  
70549 Stuttgart

**Telefon:** 0711 7863-7281

**Telefax:** 0711 7863-8322

**E-Mail:** [arztformular@kohlhammer.de](mailto:arztformular@kohlhammer.de)

# **Kohlhammer**

Verlag für Ärzte

**Anschrift:** W. Kohlhammer GmbH  
Verlag für Ärzte  
70549 Stuttgart

**Telefon:** 0711 7863-7281

**Telefax:** 0711 7863-8322

**E-Mail:** [arztformular@kohlhammer.de](mailto:arztformular@kohlhammer.de)