

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

Alles Gute.

Bestellschein



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kohlhammer

VERLAG FÜR ÄRZTE

Telefon: 0711 7863-7281

Mo.-Do. 7:30-12:30 Uhr 13:15-17 Uhr

Fr. 7:30-12:30 Uhr 13:15-16 Uhr

Fax: 0711 7863-8340

<https://aerztshop.kohlhammer.de>

arztformular@kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH
Verlag für Ärzte
70549 Stuttgart

(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.

2*	Verordnung von Krankenhausbehandlung 100 200 400	Mit Eindruck 101010
3	Zeugnis mutmaßlicher Tag der Entbindung 50 100 200	
4*	Verordnung Krankenförderung 100 500 1000	Mit Eindruck 11010
5/6*	Abrechnungsschein (Vorderseite: blau)/ Überweisungsschein (Rückseite: gelb) 50* 500 1000 2000 4000	
*Auflage nur für Psychotherapeuten	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 11010
8a	Verordnung vergrößernder Sehhilfe 50 100	
9	Bescheinigung für Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten 50 100	
10*	Laborüberweisung 100 500 1000 2000	Mit Eindruck 11010
10a	Anforderungsschein für Laboruntersuchung bei Laborgemeinschaften 100 500 1000 2000	

12*	Verordnung häuslicher Krankenpflege 100 200 400	Mit Eindruck 101010
13	Heilmittelverordnung 100 200 400 800	
15	Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe 100 200	
16*	Kassenrezept ohne Stempeldruck 1000 3000 5000	
	Gegen Rechnung <input type="checkbox"/> mit Stempeldruck	
19*	Abrechnungsschein Notf./Url./Krankh. 100 200 400 800	Mit Eindruck 101010
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 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 5 10
64	Verordnung 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

* Stempeldruck gegen Rechnung, Preise siehe Rückseite.

Bestelldatum:

Bestellzeichen / Abteilung /
Ansprechpartner / Unterschrift:

Ihre Kundennummer:

4 _ _ _ _ _

Betriebsstättennummer:

Praxisurlaub:

von:

bis:

76	Kinderuntersuchungsheft 2017 inkl. Beilagen	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 100
78	Mutterpass	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 100	
123	Impfbuch	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 80
250	Jugendgesundheitsuntersuchung J1	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
257	Abschlußbericht über ambulante Rehamaßnahmen - BKK -	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50

Patienteninformation	
430	Screening auf Chlamydia <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 50
431	HIV-Test für Schwangere <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 50
432	Test auf Schwangerschaftsdiabetes <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 50
433	Bestimmung des Rhesusfaktors für Frauen in der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 50
434	Basis-Ultraschall-Untersuchung <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 50
435	Elterninformation Mukoviszidose <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 50
436	Elterninformation Pulsoxymetrie <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 50
437	Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 50
438	Merkblatt Darmkrebsfrüherkennung Frauen <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100 Männer <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100
439	Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs 20 - 34 Jahre <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100 ab 35 Jahre <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100
441	Bluttest auf Trisomien 13, 18, 21 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100
442	Mammographie-Screening 70 - 75 J. <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100

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

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

Bitte geben Sie hier Ihre Eindruckdaten für Ihren gewünschten Stempелеindruck 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 2, 12, 19			57,-	89,-	160,-
Preise in € / netto	Mengen:	1.000	3.000	5.000	
Kassenrezept mit Stempелеindruck		27,-	43,50	51,-	

Preise zum Zeitpunkt der Drucklegung, Änderungen vorbehalten.

Die Preise verstehen sich zuzüglich 19% Mehrwertsteuer.