

Bestellschein für Entlassmanagement

Stand Oktober 2017

Die **BSNR** bitte hier deutlich angeben!

Vordruck Leitverlag GmbH Berlin
Zweigniederlassung Freiberg

7 5 8 3

Bitte bestellen Sie per Telefax:
0 37 31/30 31 14

Artikel-Bezeichnung	Bestellmenge
GB 4/EM/BB Sicherheitspapier für den Blankoformulardruck DIN A4	<input type="radio"/> 500 <input type="checkbox"/> X 1.000
GB 5/EM/BB Sicherheitspapier für den Blankoformulardruck DIN A5	<input type="radio"/> 1.000 <input type="checkbox"/> X 2.000
Muster 1/EM/BB Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	<input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 500 <input type="checkbox"/> X 1.000
Muster 8/EM/BB Sehhilfenverordnung	<input type="radio"/> 20 <input type="checkbox"/> X 50
Muster 12/EM/BB Verordnung häuslicher Krankenpflege	<input type="radio"/> 50 <input type="checkbox"/> X 200
Muster 13/EM/BB Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie / Podologischen Therapie)	<input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 50 <input type="checkbox"/> X 100
Muster 14/EM/BB Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	<input type="checkbox"/> X 20
Muster 15/EM/BB Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	<input type="checkbox"/> X 20
Muster 16/EM/BB Arzneiverordnungsblatt	<input type="radio"/> 1.000 <input type="checkbox"/> X 2.000
Muster 18/EM/BB Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)	<input type="radio"/> 10 <input type="checkbox"/> X 25
Muster 26/EM/BB Verordnung Sozialtherapie gem. § 37a SGB V	<input type="radio"/> 10 <input type="checkbox"/> X 20
Muster 27/EM/BB Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V	<input type="radio"/> 10 <input type="checkbox"/> X 20
Muster 28/EM/BB Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Sozialtherapie gem. § 37a SGB V	<input type="radio"/> 10 <input type="checkbox"/> X 20

Lieferadresse (falls abweichend)

Hinweis:

Die Versandpauschale für eine Bestellung beträgt 15,40 € netto; für jedes weitere Paket werden 3,50 € netto/Paket berechnet.

Die Versandkosten sind durch das bestellende Krankenhaus zu tragen.

Stempel / Unterschrift / Datum