

Bestellschein für Formulare der vertragsärztlichen Versorgung

Stand Januar 2012

Bitte bestellen Sie Formulare **maximal** für ein Quartal im Voraus.

Die **BSNR** bitte hier deutlich angeben!

So einfach können Sie bestellen:

Fax: 0 37 31 / 30 31 14

Telefon: 0 37 31 / 30 3-0 oder 0 37 31 / 30 3-138
oder 0 37 31 / 30 3-143

Internet: www.vordruckleitverlag.de/kvs

E-Mail: info.fg@vordruckleitverlag.de

Postanschrift: Vordruck Leitverlag GmbH Berlin
Halsbrücker Straße 31 b • 09599 Freiberg

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztstempel / Unterschrift / Datum

Ich / Wir bestellen zu Ihren, uns bekannten Lieferungs- und Zahlungsbedingungen:

Artikel-Bezeichnung	mit Vertragsarztstempel-Eindruck		ohne Vertragsarztstempel-Eindruck	
	Menge	Preis*	Menge	
Muster 1 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	<input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 500 <input type="radio"/> 1.000 <input type="text"/> x 1.000	36,00 EUR 42,00 EUR 53,00 EUR	<input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 500 <input type="radio"/> 1.000 <input type="text"/> x 1.000	
Muster 2 Verordnung von Krankenhausbehandlung	<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="text"/> x 100	36,00 EUR 36,00 EUR	<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="text"/> x 100	
Muster 3 Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	mit Vertragsarztstempel-Eindruck		<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="text"/> x 100	
Muster 4 Verordnung einer Krankenförderung	mit Vertragsarztstempel-Eindruck		<input type="radio"/> 100 <input type="text"/> x 100	
Muster 5 Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie	<input type="radio"/> 250 <input type="radio"/> 500 <input type="radio"/> 1.000 <input type="text"/> x 1.000	13,00 EUR 13,50 EUR 15,00 EUR	Muster 5 / 6	
Muster 6 Überweisungsschein	<input type="radio"/> 250 <input type="radio"/> 500 <input type="radio"/> 1.000 <input type="text"/> x 1.000	13,00 EUR 13,50 EUR 15,00 EUR	<input type="radio"/> 250 <input type="radio"/> 500 <input type="radio"/> 1.000 <input type="text"/> x 1.000	
Muster 8 Sehhilfenverordnung	<input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 500 <input type="radio"/> 1.000 <input type="text"/> x 1.000	13,00 EUR 14,50 EUR 17,00 EUR	<input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 500 <input type="radio"/> 1.000 <input type="text"/> x 1.000	
Muster 8 A Verordnung von vergrößernden Sehhilfen	mit Vertragsarztstempel-Eindruck		<input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 500 <input type="radio"/> 1.000 <input type="text"/> x 1.000	
Muster 9 Ärztl. Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten	mit Vertragsarztstempel-Eindruck		<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="text"/> x 100	
Muster 10 Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung	<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 500 <input type="text"/> x 500	13,00 EUR 13,00 EUR 13,50 EUR	<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 500 <input type="text"/> x 500	
Muster 10 A Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften	mit Vertragsarztstempel-Eindruck		<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 500 <input type="text"/> x 500	
Muster 12 Verordnung häuslicher Krankenpflege	mit Vertragsarztstempel-Eindruck		<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="text"/> x 100	
Muster 13 Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie / Podologischen Therapie)	mit Vertragsarztstempel-Eindruck		<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="text"/> x 50	
Muster 14 Heilmittelverordnung (Maßnahmen über Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	mit Vertragsarztstempel-Eindruck		<input type="radio"/> 25 <input type="text"/> x 25	

Bestellschein für Formulare des Disease Management Programms (DMP)

Stand Februar 2012

Bitte bestellen Sie Formulare **maximal** für ein Quartal im Voraus.

Die **BSNR** bitte hier deutlich angeben!

So einfach können Sie bestellen:

Fax: 0 37 31 / 30 31 14

Telefon: 0 37 31 / 30 3-0 oder 0 37 31 / 30 3-138
oder 0 37 31 / 30 3-143

Internet: www.vordruckleitverlag.de/kvs

E-Mail: info.fg@vordruckleitverlag.de

Postanschrift: Vordruck Leitverlag GmbH Berlin
Halsbrücker Straße 31 b • 09599 Freiberg

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztstempel / Unterschrift / Datum

– DMP-Schulungsnachweis –

Artikel-Bezeichnung	Menge
DMP 13 Schulungsnachweis („Durchführung von Schulungen“ / „Schulungsthema“)	<input type="text"/> x 10 Expl.

– DMP-Vordrucke Diabetes –

Artikel-Bezeichnung	Menge
DMP 5 (Vordruck 010 C) Teilnahme- / Einwilligungserklärung DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 (inkl. Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt)	<input type="text"/> x 10 Expl.
Gesundheits-Pass, Diabetes	<input type="text"/> x 20 Expl.

– DMP-Vordruck Koronare Herzkrankheit –

Artikel-Bezeichnung	Menge
DMP 11 (Vordruck 030 B) Teilnahme- / Einwilligungserklärung DMP Koronare Herzkrankheit Versicherter (inkl. Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt)	<input type="text"/> x 10 Expl.

– DMP-Vordruck Brustkrebs –

Artikel-Bezeichnung	Menge
DMP 16 (Vordruck 020 C) Teilnahme- / Einwilligungserklärung DMP Brustkrebs (inkl. Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt)	<input type="text"/> x 10 Expl.

– DMP-Vordruck Asthma –

Artikel-Bezeichnung	Menge
DMP 25 (Vordruck 050 A) Teilnahme- / Einwilligungserklärung DMP Asthma (inkl. Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt)	<input type="text"/> x 10 Expl.

– DMP-Vordruck COPD –

Artikel-Bezeichnung	Menge
DMP 26 (Vordruck 060 A) Teilnahme- / Einwilligungserklärung DMP COPD (inkl. Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt)	<input type="text"/> x 10 Expl.