

Bestellschein für Formulare der vertragsärztlichen Versorgung

Stand März 2018

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
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	Bestellmenge
Impfausweis Internationale Impf- oder Prophylaxebescheinigung	<input type="checkbox"/> x 20
Muster 1 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	<input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 500 <input type="checkbox"/> x 1.000
Muster 1 mit Arztadresseindruck	Preis bei Abnahme von <input type="radio"/> 500 42,00 € <input type="radio"/> 1.000 53,00 €
Muster 2 Verordnung von Krankenhausbehandlung	<input type="radio"/> 50 <input type="checkbox"/> x 100
Muster 2 mit Arztadresseindruck	Preis bei Abnahme von <input type="radio"/> 50 36,00 € <input type="radio"/> 100 36,00 €
Muster 3 Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	<input type="radio"/> 50 <input type="checkbox"/> x 100
Muster 4 Verordnung einer Krankenförderung	<input type="checkbox"/> x 100
Muster 5/6 Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie und Überweisungsschein	<input type="radio"/> 250 <input type="radio"/> 500 <input type="checkbox"/> x 1.000
Muster 5 mit Arztadresseindruck	Preis bei Abnahme von <input type="radio"/> 250 13,00 € <input type="radio"/> 500 13,50 € <input type="radio"/> 1.000 15,00 €
Muster 6 mit Arztadresseindruck	Preis bei Abnahme von <input type="radio"/> 250 13,00 € <input type="radio"/> 500 13,50 € <input type="radio"/> 1.000 15,00 €
Muster 8 Sehhilfenverordnung	<input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 500 <input type="checkbox"/> x 1.000
Muster 8 mit Arztadresseindruck	Preis bei Abnahme von <input type="radio"/> 200 13,00 € <input type="radio"/> 500 14,50 € <input type="radio"/> 1.000 17,00 €
Muster 8 A Verordnung von vergrößernden Sehhilfen	<input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 500 <input type="checkbox"/> x 1.000
Muster 9 Ärztl. Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten	<input type="radio"/> 50 <input type="checkbox"/> x 100
Muster 10 Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung	<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="checkbox"/> x 500
Muster 10 mit Arztadresseindruck	Preis bei Abnahme von <input type="radio"/> 100 13,00 € <input type="radio"/> 500 13,50 €
Muster 10 A Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften	<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="checkbox"/> x 500
Muster 12 Verordnung häuslicher Krankenpflege	<input type="radio"/> 50 <input type="checkbox"/> x 100
Muster 13 Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie)	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="checkbox"/> x 50
Muster 14 Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	<input type="checkbox"/> x 25
Muster 15 Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	<input type="radio"/> 50 <input type="checkbox"/> x 100
Muster 16 Arzneiverordnungsblatt	<input type="radio"/> 500 <input type="radio"/> 1.000 <input type="radio"/> 2.000 <input type="radio"/> 3.000 <input type="checkbox"/> x 5.000
Muster 16 mit Arztadresseindruck	Preis bei Abnahme von <input type="radio"/> 500 25,00 € <input type="radio"/> 1.000 27,00 € <input type="radio"/> 2.000 29,50 € <input type="radio"/> 3.000 31,00 € <input type="radio"/> 5.000 38,00 € <input type="radio"/> 10.000 76,00 €

Die Preise sind inklusive MwSt. und bleiben bis zum Erscheinen neuer Preise gültig.

Bestellschein für Formulare der vertragsärztlichen Versorgung

Stand März 2018

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
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	Bestellmenge
Muster 18 Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie / Ernährungstherapie)	<input type="radio"/> 10 <input type="checkbox"/> x 25
Muster 19 Notfall- / Vertretungsschein	<input type="checkbox"/> x 100
Muster 20 Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	<input type="radio"/> 50 <input type="checkbox"/> x 100
Muster 21 Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="checkbox"/> x 200
Muster 36 Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V	<input type="radio"/> 20 <input type="checkbox"/> x 50
Muster 52 Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	<input type="radio"/> 20 <input type="checkbox"/> x 50
Muster 55 Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V	<input type="radio"/> 20 <input type="checkbox"/> x 50
Muster 56 Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining)	<input type="radio"/> 50 <input type="checkbox"/> x 100
Muster 61 Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers	<input type="radio"/> 20 <input type="checkbox"/> x 50
Muster 63 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	<input type="radio"/> 5 <input type="checkbox"/> x 10
Muster 70 Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten	<input type="radio"/> 20 <input type="checkbox"/> x 50
Muster 70 A Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten	<input type="radio"/> 20 <input type="checkbox"/> x 50
Muster KVS 049 Sonderabrechnungsschein für Notarztwagen	<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 250 <input type="checkbox"/> x 500
GB 4 Sicherheitspapier DIN A4	<input type="checkbox"/> x 1.000
GB 5 Sicherheitspapier DIN A5	<input type="checkbox"/> x 2.000

Bestellschein für Formulare des Disease Management Programms (DMP)

Stand März 2018

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
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	Bestellmenge
DMP 13 Schulungsnachweis („Durchführung von Schulungen“ / „Schulungsthema“)	<input type="checkbox"/> x 10 Expl.

Artikel-Bezeichnung	Bestellmenge
DMP 16 (Vordruck 020 D) Erklärung Brustkrebs zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs (inkl. Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt)	<input type="checkbox"/> x 10 Expl.

Artikel-Bezeichnung	Bestellmenge
DMP 27 (Vordruck 070 B) Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma oder COPD (inkl. Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt)	<input type="checkbox"/> x 10 Expl.

Artikel-Bezeichnung	Bestellmenge
GP Gesundheits-Pass, Diabetes	<input type="checkbox"/> x 20 Expl.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

GläubigerID: DE33FBG00000856855
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Vordruck Leitverlag GmbH Berlin widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Vordruck Leitverlag GmbH Berlin, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Vordruck Leitverlag GmbH Berlin auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich die Vordruck Leitverlag GmbH Berlin über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: _____
 Prüfziffer Bankleitzahl des Kontoinhabers

Ort: _____
 Kontonummer (ggf. links mit Nullen auffüllen)

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stempeldruck bzw. Änderung:

BIC des Kreditinstituts (8 oder 11 Stellen)
| | | | | | | | |

Ich wünsche keinen Bankeinzug.

Arztstempel / Unterschrift / Datum