

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

Die **BSNR** bitte hier deutlich angeben!

Bitte nutzen Sie diese Bestellmöglichkeiten:

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

Internet: www.vordruckleitverlag.de/kvs
Links in der Navigationsleiste unter „Direktbestellschein“

E-Mail: info.fg@vordruckleitverlag.de

Telefon: 03731 3030

Postanschrift: Vordruck Leitverlag GmbH
 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 2 Verordnung von Krankenhausbehandlung	<input type="radio"/> 50 <input type="checkbox"/> x 100
Muster 3 Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	<input type="radio"/> 50 <input type="checkbox"/> x 100
Muster 4 Verordnung einer Krankenbeförderung	<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 8 Sehhilfenverordnung	<input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 500 <input type="checkbox"/> x 1.000
Muster 8A Verordnung von vergrößernden Sehhilfen	<input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 500 <input type="checkbox"/> x 1.000
Muster 9 Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes	<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 10A 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	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20 <input type="checkbox"/> x 50
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="checkbox"/> x 5.000 <input type="radio"/> 2.000 <input type="radio"/> 3.000
Muster 19 Notfall- / Vertretungsschein	<input type="checkbox"/> x 100
Muster 20 Stufenweise 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

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

Die **BSNR** bitte hier deutlich angeben!

Bitte nutzen Sie diese Bestellmöglichkeiten:

Internet: www.vordruckleitverlag.de/kvs
Links in der Navigationsleiste unter „Direktbestellschein“

E-Mail: info.fg@vordruckleitverlag.de

Telefon: 03731 3030

Postanschrift: Vordruck Leitverlag GmbH
 Halsbrücker Straße 31b
 09599 Freiberg

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

Arztstempel / Unterschrift / Datum

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

Artikel-Bezeichnung	Bestellmenge
Muster 52 Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	<input type="radio"/> 20 <input type="text"/> x 50
Muster 55 Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V	<input type="radio"/> 20 <input type="text"/> x 50
Muster 56 Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining	<input type="radio"/> 50 <input type="text"/> x 100
Muster 61 Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers	<input type="radio"/> 20 <input type="text"/> x 50
Muster 62A Ergebnis der Erheb. des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gem. AKI- Richtlinie des G-BA	<input type="text"/> x 5
Muster 62B Verordnung außerklinischer Intensivpflege	<input type="text"/> x 5
Muster 62C Behandlungsplan Bedarfsmedikamente für AKI	<input type="text"/> x 5
Muster 63 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	<input type="radio"/> 5 <input type="text"/> x 10
Muster 64 Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V	<input type="text"/> x 5
Muster 65 Ärztliches Attest Kind	<input type="text"/> x 5
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="text"/> x 50
Muster 70A 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="text"/> x 50
Muster KVS 049 Sonderabrechnungsschein für Notarztwagen	<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 250 <input type="text"/> x 500
GB 4 Sicherheitspapier DIN A4	<input type="text"/> x 1.000
GB 5 Sicherheitspapier DIN A5	<input type="text"/> x 2.000

Bestellschein für Formulare des Disease Management Programms (DMP)

Stand: Juni 2023

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

Bitte nutzen Sie diese Bestellmöglichkeiten:

Internet: www.vordruckleitverlag.de/kvs
Links in der Navigationsleiste unter „Direktbestellschein“

E-Mail: info.fg@vordruckleitverlag.de

Telefon: 03731 3030

Postanschrift: Vordruck Leitverlag GmbH
Halsbrücker Straße 31b
09599 Freiberg

Die **BSNR** bitte hier deutlich angeben!

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

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 27 Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für DMP in Sachsen	<input type="checkbox"/> x 10 Expl.

Artikel-Bezeichnung	Bestellmenge
GP Gesundheits-Pass Diabetes	<input type="checkbox"/> x 25 Expl.

Artikel-Bezeichnung	Bestellmenge
GPKJ Kinder- und Jugendpass Diabetes	<input type="checkbox"/> x 10 Expl.

