

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

Die **BSNR** bitte hier deutlich angeben!

Bitte nutzen Sie diese Bestellmöglichkeit:

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

**Internet:** [www.vordruckleitverlag.de/kvs](http://www.vordruckleitverlag.de/kvs)  
**Links in der Navigationsleiste unter „Direktbestellschein“**  
**E-Mail:** [info.fg@vordruckleitverlag.de](mailto: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		
<b>Impfausweis</b> Internationale Impf- oder Prophylaxebescheinigung			<input type="checkbox"/> x 20
<b>Muster 1</b> Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	<input type="radio"/> 200	<input type="radio"/> 500	<input type="checkbox"/> x 1.000
<b>Muster 1 mit Arztadresseindruck</b>	Preis bei Abnahme von	<input type="radio"/> 500 42,00 €	<input type="radio"/> 1.000 53,00 €
<b>Muster 2</b> Verordnung von Krankenhausbehandlung		<input type="radio"/> 50	<input type="checkbox"/> x 100
<b>Muster 2 mit Arztadresseindruck</b>	Preis bei Abnahme von	<input type="radio"/> 50 36,00 €	<input type="radio"/> 100 36,00 €
<b>Muster 3</b> Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	<input type="radio"/> 50		<input type="checkbox"/> x 100
<b>Muster 4</b> Verordnung einer Krankenförderung			<input type="checkbox"/> x 100
<b>Muster 5/6</b> 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
<b>Muster 5 mit Arztadresseindruck</b>	Preis bei Abnahme von	<input type="radio"/> 250 13,00 €	<input type="radio"/> 500 13,50 €
<b>Muster 6 mit Arztadresseindruck</b>	Preis bei Abnahme von	<input type="radio"/> 250 13,00 €	<input type="radio"/> 500 13,50 €
<b>Muster 8</b> Sehhilfenverordnung	<input type="radio"/> 200	<input type="radio"/> 500	<input type="checkbox"/> x 1.000
<b>Muster 8 mit Arztadresseindruck</b>	Preis bei Abnahme von	<input type="radio"/> 200 13,00 €	<input type="radio"/> 500 14,50 €
<b>Muster 8 A</b> Verordnung von vergrößernden Sehhilfen	<input type="radio"/> 200	<input type="radio"/> 500	<input type="checkbox"/> x 1.000
<b>Muster 9</b> Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes	<input type="radio"/> 50		<input type="checkbox"/> x 100
<b>Muster 10</b> Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 100	<input type="checkbox"/> x 500
<b>Muster 10 mit Arztadresseindruck</b>	Preis bei Abnahme von	<input type="radio"/> 100 13,00 €	<input type="radio"/> 500 13,50 €
<b>Muster 10 A</b> Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 100	<input type="checkbox"/> x 500
<b>Muster 10 C</b> Auftrag für SARS-CoV-2 Testung		<input type="radio"/> 15	<input type="checkbox"/> x 50
<b>Muster 12</b> Verordnung häuslicher Krankenpflege		<input type="radio"/> 50	<input type="checkbox"/> x 100
<b>Muster 13</b> Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie)	<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 20	<input type="checkbox"/> x 50
<b>Muster 14</b> Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)			<input type="checkbox"/> x 25
<b>Muster 15</b> Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe		<input type="radio"/> 50	<input type="checkbox"/> x 100

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

Die **BSNR** bitte hier deutlich angeben!

**Bitte nutzen Sie diese Bestellmöglichkeit:**

**Internet:** [www.vordruckleitverlag.de/kvs](http://www.vordruckleitverlag.de/kvs)  
**Links in der Navigationsleiste unter „Direktbestellschein“**  
**E-Mail:** [info.fg@vordruckleitverlag.de](mailto: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						
<b>Muster 16</b> Arzneiverordnungsblatt	<input type="radio"/> 500 <input type="radio"/> 1.000 <input type="radio"/> 2.000 <input type="radio"/> 3.000 <input type="text"/> x 5.000						
<b>Muster 16 mit Arztadresseindruck</b>	Preis bei Abnahme von <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="radio"/> 500 25,00 €</td> <td><input type="radio"/> 1.000 27,00 €</td> <td><input type="radio"/> 2.000 29,50 €</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 3.000 31,00 €</td> <td><input type="radio"/> 5.000 38,00 €</td> <td><input type="radio"/> 10.000 76,00 €</td> </tr> </table>	<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 €
<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 €					
<b>Muster 18</b> Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie / Ernährungstherapie)	<input type="radio"/> 10 <input type="text"/> x 25						
<b>Muster 19</b> Notfall- / Vertretungsschein	<input type="text"/> x 100						
<b>Muster 20</b> Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	<input type="radio"/> 50 <input type="text"/> x 100						
<b>Muster 21</b> Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	<input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="text"/> x 200						
<b>Muster 36</b> Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V	<input type="radio"/> 20 <input type="text"/> x 50						
<b>Muster 52</b> Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	<input type="radio"/> 20 <input type="text"/> x 50						
<b>Muster 55</b> Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V	<input type="radio"/> 20 <input type="text"/> x 50						
<b>Muster 56</b> Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining)	<input type="radio"/> 50 <input type="text"/> x 100						
<b>Muster 61</b> Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers	<input type="radio"/> 20 <input type="text"/> x 50						
<b>Muster 63</b> Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	<input type="radio"/> 5 <input type="text"/> x 10						
<b>Muster 64</b> Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V	<input type="text"/> x 5						
<b>Muster 65</b> Ärztliches Attest Kind	<input type="text"/> x 5						
<b>Muster 70</b> 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						
<b>Muster 70 A</b> 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						
<b>Muster KVS 049</b> Sonderabrechnungsschein für Notarztwagen	<input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 250 <input type="text"/> x 500						
<b>GB 4</b> Sicherheitspapier DIN A4	<input type="text"/> x 1.000						
<b>GB 5</b> Sicherheitspapier DIN A5	<input type="text"/> x 2.000						

