



23819

Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Bestellschein Formulare

Betriebsstättennummer (bitte unbedingt angeben)

Fax: 03643 559 222

 bitte sofort liefern (ankreuzen)

Besteller

oder ab dem . . 2 0

Datum / Arztstempel

Bitte Bestellmengen nur in ganzen Zahlen eintragen!**HINWEIS:** Dieses Formular wird maschinell ausgelesen. Bitte schreiben Sie deutlich und verwenden Sie **nur** die dafür vorgesehenen Felder. Vielen Dank!

Blanko-Formular- bedruckung A4 (GKV GB 4)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 1000 Blatt
Blanko-Formular- bedruckung A5 (GKV GB 5)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 2000 Blatt
AU-Bescheinigung (Muster 1)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 200 Sätze
VO KH-Behandlung (Muster 2)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 100 Sätze
Bescheinigung Entbindung (Muster 3)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 100 Blatt
VO Krankenbeförderung (Muster 4)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 100 Blatt
Abr./- Überweisungsschein (Muster 5/6)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 250 Blatt
Überw. Psychotherapie (Muster 7)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Sehhilfenverordnung (Muster 8)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 200 Blatt
VO vergrößernder Sehhilfen (Muster 8A)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Gewähr. Mutterschaftsgeld (Muster 9)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Überw./- Abr.schein Labor (Muster 10)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 250 Blatt
Anforderungsschein LG (Muster 10A)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 250 Blatt
VO häusliche Krankenpflege (Muster 12)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Sätze
Heilmittel-VO Phys. Therapie (Muster 13)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 200 Blatt
Heilmittel-VO Sprachtherapie (Muster 14)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
VO Hörhilfe (Muster 15)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Heilmittel-VO Ergotherapie (Muster 18)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Notfall-/ Vertretungsschein (Muster 19)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 100 Sätze
Maßnahmen WE (Muster 20)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 25 Sätze
Besch. Krankengeld Kind (Muster 21)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 100 Blatt
VO Soziotherapie (Muster 26)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
Soziotherapeut. Betreuungsplan (Muster 27)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
VO Überweisung Soziot. (Muster 28)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
Berichtsvordruck Gesundheitsunters. (Muster 30)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Empfehlung Primärprävention (Muster 36)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Krebsvorsorge Frauen (Muster 39)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 600 Sätze
Krebsvorsorge Männer (Muster 40)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt

Bericht Fortbestehen AU (Muster 52)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Beschein. schwerwieg. chron. Erkrankung (Muster 55)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 25 Blatt
Antrag Reha.sport Funktionstraining (Muster 56)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 25 Blatt
Beratung med. Rehabilitation (Muster 61)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 25 Sätze
Verordnung spezial. amb. Palliativversorgung (Muster 63)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
Behandlungsplan künstl. Befruchtung (Muster 70)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
Folge-Behandlungsplan künstl. Befruchtung (Muster 70A)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
DMP Erklärung zur Teilnahme Brustkrebs (G 020D)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 20 Sätze
DMP Erklärung zur Teilnahme indikationsübergreifend (G 070D)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 20 Sätze
Antrag d. Versicherten (PTV 1)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 20 Sätze
Angaben d. Therapeuten (PTV 2)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 20 Sätze
Konsiliarbericht Psychotherap. (Muster 22)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 25 Sätze
Briefumschlag Gutachter (PTV 8)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Stück
Infoblatt amb. Psychoth. (PTV 10)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 20 Stück
Indiv. Patienteninfo (PTV 11)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 20 Stück
Anzeige Akutbeh. (PTV 12)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 20 Stück
Untersuchungsheft Kinder	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Stück
Teilnahmekarte Früherkennungsunters.	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Einlegeblätter U7	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Einlegeblätter U7a	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Einlegeblätter U8	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Einlegeblätter U9	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Beileger Dokumentation Neugeborenen-Hörscreening	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Elterninfo Erweitertes Neugeb.-Screening	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Elterninfo Neugeb.-Hörscreening	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Jugendgesundheits- untersuchung (J1)	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt

Merkblatt Kinderunfälle A	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Merkblatt Kinderunfälle U2 + U3	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Merkblatt Kinderunfälle U4 + U5	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Merkblatt Kinderunfälle U6	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Merkblatt Kinderunfälle U7	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Merkblatt Kinderunfälle U7a	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Merkblatt Kinderunfälle U8	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Merkblatt Kinderunfälle U9	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Patienten-Information Darmkrebs-Früherkennung	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Patienten-Information HIV-Test	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Patienten-Information Chlamydia	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Jugendarbeitsschutz Erstuntersuchung	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
Jugendarbeitsschutz mit Überweisung	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
Jugendarbeitsschutz Nachuntersuchung	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
Totenschein unter 1 Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
Totenschein über 1 Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
HzV Knappschaft	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Sätze
HzV BKK	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Sekundärprävention IKK Classic	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Sekundärprävention AOK Plus	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 10 Blatt
Kassenleitblatt EDV	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Kassenleitblatt konventionell	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 50 Blatt
Fallzahlmeldung konventionell	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 1 Satz
Sammelerklärung	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 2 Blatt
Mutterpässe	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 25 Stück
Patienteninfo Ultraschalluntersuchung	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 25 Stück
Impfausweis	<input type="text"/> <input type="text"/>	x 20 Stück

23819

