

# Bestellschein Formulare

Fax: 06131/326 4 327

Kassenärztliche Vereinigung  
Rheinland-Pfalz  
Hauptverwaltung  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

Besteller	
Betriebsstättennummer	
Praxisurlaub	
von	bis

Datum / Arztstempel
---------------------

## GKV-Vordrucke

AU-Bescheinigung  
**(Muster 1)** \_\_\_\_\_ x 200 Sätze

Umschläge  
AU-Bescheinigung \_\_\_\_\_ x 50 Stück

Verordnung  
KH-Behandlung  
**(Muster 2)** \_\_\_\_\_ x 100 Sätze

Bescheinigung  
Entbindung  
**(Muster 3)** \_\_\_\_\_ x 100 Blatt

Verordnung  
Krankenbeförderung  
**(Muster 4)** \_\_\_\_\_ x 100 Blatt

Abrechnungs-/  
Überweisungsschein  
**(Muster 5/6)** \_\_\_\_\_ x 250 Blatt

Überweisung  
Psychotherapie  
**(Muster 7)** \_\_\_\_\_ x 10 Blatt

Sehhilfenverordnung  
**(Muster 8)** \_\_\_\_\_ x 200 Blatt

Verordnung vergrößernder  
Sehhilfen  
**(Muster 8A)** \_\_\_\_\_ x 10 Blatt

Gewährung  
Mutterschaftsgeld  
**(Muster 9)** \_\_\_\_\_ x 10 Blatt

Überweisungs-/Abrechnungs-  
schein Labor  
**(Muster 10)** \_\_\_\_\_ x 250 Blatt

Anforderungsschein  
Laborgemeinschaft  
**(Muster 10a)** \_\_\_\_\_ x 250 Blatt

Verordnung häusliche  
Krankenpflege  
**(Muster 12)** \_\_\_\_\_ x 50 Sätze

Heilmittelverordnung  
Phys. Therapie  
**(Muster 13)** \_\_\_\_\_ x 200 Blatt

Heilmittelverordnung  
Sprachtherapie  
**(Muster 14)** \_\_\_\_\_ x 10 Blatt

Verordnung Hörhilfe  
**(Muster 15)** \_\_\_\_\_ x 10 Blatt

Heilmittelverordnung  
Ergotherapie  
**(Muster 18)** \_\_\_\_\_ x 50 Blatt

Notfall-/  
Vertretungsschein  
**(Muster 19)** \_\_\_\_\_ x 100 Sätze

Maßnahmen  
Wiedereingliederung  
**(Muster 20)** \_\_\_\_\_ x 25 Sätze

## Bitte Bestellmengen nur in ganzen Zahlen eintragen!

Bescheinigung  
Krankengeld Kind  
**(Muster 21)** \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Verordnung  
Soziotherapie  
**(Muster 26)** \_\_\_\_\_ x 10 Sätze

Soziotherapeutischer  
Betreuungsplan  
**(Muster 27)** \_\_\_\_\_ x 10 Sätze

Verordnung bei Überweisung  
Soziotherapie  
**(Muster 28)** \_\_\_\_\_ x 10 Sätze

Berichtsvordruck Gesund-  
heitsuntersuchung  
**(Muster 30)** \_\_\_\_\_ x 50 Blatt

Krebsvorsorge Frauen  
**(Muster 39)** \_\_\_\_\_ x 600 Sätze

Krebsvorsorge Männer  
**(Muster 40)** \_\_\_\_\_ x 50 Blatt

Antrag Rehabilitations-sport /  
Funktionstraining  
**(Muster 56)** \_\_\_\_\_ x 25 Blatt

Einleitung  
Rehabilitation  
**(Muster 60)** \_\_\_\_\_ x 25 Sätze

Verordnung spezial. amb.  
Palliativversorgung  
**(Muster 63)** \_\_\_\_\_ x 10 Sätze

Behandlungsplan  
künstl. Befruchtung  
**(Muster 70)** \_\_\_\_\_ x 10 Sätze

Folge-Behandlungsplan  
künstl. Befruchtung  
**(Muster 70A)** \_\_\_\_\_ x 10 Sätze

Behandlungsanspruch  
Ausl. Versicherte  
**(Muster 80)** \_\_\_\_\_ x 10 Sätze

Erklärung  
Ausl. Versicherte  
**(Muster 81)** \_\_\_\_\_ x 10 Blatt

Blanko-Formular-  
Bedruckung A4  
(GKV GB 4) \_\_\_\_\_ x 1000 Blatt

**-Genehmigung erforderlich-**

Blanko-Formular-  
Bedruckung A5  
(GKV GB 5) \_\_\_\_\_ x 2000 Blatt

**-Genehmigung erforderlich-**

## Für Teilnehmer an Dokumentation des Nachsorgeprogramms in RLP

Gemeinsamer  
Meldebogen  
(Ersterhebung) \_\_\_\_\_ x 10 Sätze

Nachsorge-/  
Abschluss-erhebung \_\_\_\_\_ x 10 Sätze

Nachsorge-  
pässe \_\_\_\_\_ x 10 Stück

## Disease Management Programm – DMP

Erklärung zur Teilnahme  
DMP Diabetes Typ 1+2  
KHK, Asthma, COPD  
**(G 070 RP)** \_\_\_\_\_ x 10 Sätze

Erklärung zur Teilnahme  
DMP Brustkrebs  
**(G 020 RP)** \_\_\_\_\_ x 10 Sätze

DMP-  
Rückumschläge \_\_\_\_\_ x 10 Stück

## DMP – Diabetes mellitus

Augenärztlicher Untersuchungsbogen  
**Typ 1**  
**(Anlage 14)** \_\_\_\_\_ x 40 Blatt

**Typ 2**  
**(Anlage 8)** \_\_\_\_\_ x 40 Blatt

Telefaxmitteilung  
**Typ 2**  
**(Anlage 15)** \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Begleitbrief Diabetiker Versorgung  
**Typ 2**  
**(Anlage 12)** \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Teilnahmebestätigung Schulung  
**Typ 2**  
**(Anlage 13)** \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Untersuchungsbogen diabetisches  
Fußsyndrom  
**(Anlage 17)** \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Gesundheitspass  
Diabetes \_\_\_\_\_ x 25 Stück

# Bestellschein Formulare

Fax: 06131/326 4 327

Kassenärztliche Vereinigung  
Rheinland-Pfalz  
Hauptverwaltung  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

Besteller	
Betriebsstättennummer	
Praxisurlaub	
von	bis

Datum / Arztstempel
---------------------

**Bitte Bestellmengen nur in ganzen Zahlen eintragen!**

## Psychotherapie / Verhaltenstherapie

Überweisung  
Psychotherapie  
**(Muster 7)** \_\_\_\_\_ x 10 Blatt

Antrag des Versicherten auf  
Psychotherapie  
**(PTV 1)** \_\_\_\_\_ x 20 Sätze

Angaben des Therapeuten zum Antrag  
des Versicherten  
**(PTV 2)** \_\_\_\_\_ x 20 Sätze

Bericht an Gutachter zum Antrag des Versicherten  
auf tiefenpsych.fundierte Psychother. bei Kindern  
u. Jugendlichen  
**(PT 3 KZT a/b/c (K))** \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Konsiliarbericht  
Psychotherapie  
**(Muster 22)** \_\_\_\_\_ x 25 Sätze

Informationsblatt für tiefenpsychologisch  
fundierte Psychotherapie  
bei Erwachsenen \_\_\_\_\_ x 1 Blatt

Informationsblatt für tiefenpsychologisch  
fundierte Psychotherapie  
Bei Kindern \_\_\_\_\_ x 1 Blatt

Informationsblatt für  
Verhaltenstherapie \_\_\_\_\_ x 1 Blatt

Briefumschläge rot  
**PT8** \_\_\_\_\_ x 10 Stück

Briefumschläge gelb  
**VT8** \_\_\_\_\_ x 10 Stück

## Hausarztzentrierte Versorgung

Knappschaff Teilnahmeerklärung  
Versicherte  
**(HZV KN Erklärung)** \_\_\_\_\_ x 20 Sätze

BKK Teilnahmeerklärung  
Versicherte  
**(Anlage 2  
zum BKK Vertrag)** \_\_\_\_\_ x 20 Sätze

## Flyer / Patienteninformation

3 Basis-Ultraschall-  
untersuchungen \_\_\_\_\_ x 30 Stück

Screening auf  
Chlamydia trachomatis  
\_\_\_\_\_ x 50 Stück

Darmkrebs-  
Früherkennung  
\_\_\_\_\_ x 50 Stück

Früherkennung  
Gebärmutterhalskrebs  
\_\_\_\_\_ x 50 Stück

HIV-Test  
für Schwangere  
\_\_\_\_\_ x 50 Stück

Mammographie Flyer  
\_\_\_\_\_ x 20 Stück

Schwangerschafts-  
diabetes  
\_\_\_\_\_ x 50 Stück

Beileger Neugeborenen  
Screening  
Elterninformation \_\_\_\_\_ x 10 Blatt

## Weitere Artikel

Mutterpässe \_\_\_\_\_ x 25 Stück

Feststellung  
Schwangerschaft  
AOK-Versicherte \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Untersuchungsheft Kinder  
Incl. Beileger \_\_\_\_\_ x 10 Stück

Beileger U 7a  
34.-36. Lebensmonat \_\_\_\_\_ x 10 Blatt

Beileger Neugeborenen  
Hörscreening  
Doku-Bogen \_\_\_\_\_ x 10 Blatt

Merkblatt  
Kinderunfälle A \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Merkblatt  
Kinderunfälle U2 + U3 \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Merkblatt  
Kinderunfälle U4 + U5 \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Merkblatt  
Kinderunfälle U6 \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Merkblatt  
Kinderunfälle U7 \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Merkblatt  
Kinderunfälle U7a \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Merkblatt  
Kinderunfälle U8 \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Merkblatt  
Kinderunfälle U9 \_\_\_\_\_ x 20 Blatt

Jugendgesundheits-  
untersuchung J1 \_\_\_\_\_ x 10 Blatt

**Benötigen Sie ein Formular, das hier nicht aufgeführt ist? Rufen Sie uns an, wir helfen Ihnen weiter!**

**Sie erreichen unser ServiceCenter unter der Rufnummer 06131/326-326**

Mo, Di, Do 8.00 bis 18.00 Uhr  
Mi 8.00 bis 17.00 Uhr  
Fr 8.00 bis 16.00 Uhr