

**Bitte hier unbedingt die BSNR angeben!**

Betriebsstätten-Nr.	Datum
Absender	
Name/Ansprechpartner	
E-Mail*	

\* Bei Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erhalten Sie automatisch eine Eingangs- und Versandbestätigung Ihrer Bestellung.

# Bestellschein Schleswig-Holstein

## Lieferung von Vordrucken für die kassenärztliche Versorgung

Vordruck	Bestellmenge	Vordruck	Bestellmenge	Vordruck	Bestellmenge
<b>GKV DIN A5</b> Sicherheitspapier Blankoformularbedruckung	<input type="text"/> (BE 100/1000/2000)	<b>Muster 19</b> Notfall-/Vertretungsschein	<input type="text"/> (BE 100/500/1000)	<b>Muster 62 C</b> Behandlungsplan für außerklinische Intensivpflege	<input type="text"/> (BE 10/50)
<b>GKV DIN A4</b> Sicherheitspapier Blankoformularbedruckung	<input type="text"/> (BE 100/500/1000)	<b>Muster 20</b> Wiedereingliederungsplan	<input type="text"/> (BE 50/100/500)	<b>Muster 63</b> VO spez. ambulanter Palliativversorgung	<input type="text"/> (BE 50/100)
<b>Muster 2</b> VO Krankenhausbehandlung	<input type="text"/> (BE 100/500/1000)	<b>Muster 21</b> Bescheinigung Krankengeld Kind	<input type="text"/> (BE 100/500/1000)	<b>Muster 64</b> VO med. Vorsorge Mütter/Väter	<input type="text"/> (BE 10/50/100)
<b>Muster 3</b> Bescheinigung Entbindung	<input type="text"/> (BE 50/100/500)	<b>Muster 22</b> Konsiliarbericht	<input type="text"/> (BE 10/50/100)	<b>Muster 65</b> Ärztliches Attest Kind	<input type="text"/> (BE 10/50/100)
<b>Muster 4</b> VO Krankenbeförderung	<input type="text"/> (BE 100/500/1000)	<b>Muster 26</b> Verordnung Soziotherapie	<input type="text"/> (BE 10/50)	<b>Muster 70</b> Behandlungsplan künstl. Befruchtung	<input type="text"/> (BE 50/100)
<b>Muster 5/6</b> Abrechnungs-/ Überweisungsschein	<input type="text"/> (BE 100/1000/2000)	<b>Muster 27</b> Betreuungsplan Soziotherapie	<input type="text"/> (BE 10/50)	<b>Muster 70A</b> Folgeverordnung künstl. Befruchtung	<input type="text"/> (BE 50/100)
<b>Muster 7</b> Überweisung Psychotherapie	<input type="text"/> (BE 10/50/100)	<b>Muster 28</b> VO bei Überweisung Soziotherapie	<input type="text"/> (BE 10/50)	<b>Art. 130</b> Internationaler Impfausweis	<input type="text"/> (BE 20/40/100)
<b>Muster 8</b> Sehhilfenverordnung	<input type="text"/> (BE 50/100/500)	<b>Muster 36</b> Empfehlung Primärprävention	<input type="text"/> (BE 100/500/1000)	<b>PTV 1</b> Antrag auf Psychotherapie	<input type="text"/> (BE 10/50)
<b>Muster 8a</b> VO vergrößernde Sehhilfen	<input type="text"/> (BE 50/100/500)	<b>Muster 39</b> Krebsvorsorge Frauen	<input type="text"/> (BE 100/500/1000)	<b>PTV 2</b> Angaben des Therapeuten	<input type="text"/> (BE 10/50)
<b>Muster 9</b> Bescheinigung Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten	<input type="text"/> (BE 50/100/500)	<b>Muster 52</b> Bericht bei Fortbestehen der AU	<input type="text"/> (BE 50/100/500)	<b>PTV 3</b> Leitfaden Bericht Gutachter	<input type="text"/> (BE 10)
<b>Muster 10</b> Überweisung/Abrechnung Labor	<input type="text"/> (BE 100/500/1000)	<b>Muster 55</b> Beschein. schwerw. chronischer Erkrankung	<input type="text"/> (BE 50/100/500)	<b>PTV 8</b> Briefumschlag Gutachter	<input type="text"/> (BE 10/50)
<b>Muster 10a</b> Anforderungsschein für Labor	<input type="text"/> (BE 100/500/1000)	<b>Muster 56</b> Antrag Kostenübernahme Reha-Sport	<input type="text"/> (BE 50/100)	<b>PTV 10</b> Infoblatt amb. Psychotherapie	<input type="text"/> (BE 10/50)
<b>Muster 12</b> VO häusliche Krankenpflege	<input type="text"/> (BE 50/100/500)	<b>Muster 61</b> Beratung zu med. Rehabilitation	<input type="text"/> (BE 25/75/150)	<b>PTV 11</b> Individuelle Patienteninfo	<input type="text"/> (BE 10/50)
<b>Muster 13</b> Heilmittelverordnung Physikalische Therapie	<input type="text"/> (BE 100/500/1000)	<b>Muster 62 A</b> Ergebnis Potenzialerhebung außerklinische Intensivpflege	<input type="text"/> (BE 10/50)	<b>PTV 12</b> Anzeige Akutbehandlung	<input type="text"/> (BE 10/50)
<b>Muster 15</b> Verordnung einer Hörhilfe	<input type="text"/> (BE 50/100/500)	<b>Muster 62 B</b> Verordnung von außerklinischer Intensivpflege	<input type="text"/> (BE 10/50)		

Testen Sie alle Vorteile unseres Onlineshops  
mit einem Gastaccount unter [www.allpromed.de](http://www.allpromed.de)  
Bestellungen via E-Mail an [arztvordrucke@pav.de](mailto:arztvordrucke@pav.de)  
oder per Fax an 0 41 54 \_ 7 99 173

Paul Albrechts Verlag GmbH  
Hamburger Straße 6  
22952 Lütjensee  
Telefon 0 41 54 \_ 7 99 -122/-168/-121

Per E-Mail  
an PAV senden