

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Petersstr. 17-19
47798 Krefeld

Telefon 02151 / 37 10 00

Fax-Nr. 02151 / 93 70 655

E-Mail Formular.Versand@kvno.de

Stand: 01.02.2012

Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer

Bestellzeichen/Unterschrift

Datum

Praxisurlaub

von:

bis:

Wichtig! Kassenarztstempel bitte leserlich anbringen.

Bestellschein für Kassen- und KV-Vordrucke

Mus- ter	Bezeichnung	Bestellmenge				Mus- ter	Bezeichnung	Bestellmenge			
1	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	250	500	1000		56	Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining	10	20	50	
2	Verordnung von Krankenhausbehandlung	125	250	500		60	Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen	10	20	50	
3	Bescheinigung mutmaßlicher Tag der Entbindung	50	100	200		63	Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	5	10		
4	Verordnung einer Krankenförderung	100	500	1000		70	Behandlungsplan künstliche Befruchtung	20	40		
5/6	Abrechnungsschein blau Überweisungsschein gelb	500	1000	2000		70A	Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	20	40		
7	Überweisung zur Abklärung somatischer Ursachen zur Psychotherapie	50	100	200		80	Dokumentation des Behandlungsanspruchs EU-/EWR-/CH im Ausland Versicherter	10	20	50	
8	Verordnung einer Sehhilfe (Brillenverordnung)	500	1000	2000	4000	81	Erklärung des EU-/EWR-/CH im Ausland Versicherter bezgl. Aufenthalt	10	20	50	
8a	Verordnung vergrößernder Sehhilfe	50	100			99	Beleg über Zahlung der PRAXISGEBÜHR	500	1000	2000	
9	Bescheinigung Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten	50	100	200	400	99a	Beleg über Zahlung der PRAXISGEBÜHR im NOTDIENST	100	200	500	
10	Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen	100	500	1000		110	Infoblatt PT(K)	1	5		
10a	Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften	100	500	1000		111	Infoblatt PT	1	5		
12	Verordnung häuslicher Krankenpflege	50	100	200	400	112	Infoblatt VT	1	5		
13	Heilmittelverordnung Physikalische Therapie	100	200	500		121	Anzeige einer Berufskrankheit (F 6000) + Inform. z. Datenschutz (S 6002)	50	100	200	
14	Heilmittelverordnung Stimm-/Sprech-Sprachtherapie	50	100	200	500	122	Überweisung zum D-Arzt (F 2900)	50	100	200	
15	Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	50	100	200		123	Ärztliche Unfallmeldung (F 1050) + Inform. z. Datenschutz (F 2000) + R1	50	100	200	
18	Heilmittelverordnung Ergotherapie	50	100	200		135	Einweisungsbericht für Nachkuren CA 5	5	10		
19	Abrechnungsschein Notfall/Krankheit/Urlaub	125	250	500		150	Palliativvertrag Ersatzkassen Stammdatenblatt + Basisdokumentation	5	10		
20	Maßnahmen z. stufenweisen Wiedereingliederung i.d. Erwerbsleben	10	20	50		170	Kinderuntersuchungsheft	50	100		
21	Bescheinigung für Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	100	200	400		170a	Erweitertes Neugeborenencreening "Elterninformation"	50	100		
22	Konsiliarbericht, vor Aufnahme einer Psychotherapie	50	100	200		170b	Dokumentation zum Neugeborenenhörscreening	50	100		
26	Verordnung einer Soziotherapie	50	100	200		170c	Neugeborenenhörscreening "Elterninformation"	50	100		
27	Behandlungsplan zur Verordnung einer Soziotherapie	50	100	200		171	Einlegeblatt U7a	50	100		
28	Überweisung zur Indikation vor Verordnung einer Soziotherapie	50	100	200		172	Mutterpass	25	50	100	
30	Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung (Check-up)	100	200	500		180	PTV 1 – Antrag des Versicherten	50	100	200	
39	Krebsfrüherkennungsuntersuchung FRAUEN	125	250	500		181	PTV 2 – Angaben zum Antrag	50	100	200	
40	Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer	50	100	200	500	184	PT 3 – Bericht an den Gutachter PT 3K	50	100	200	
						188	Umschlag für den Versand Bericht PT (rot)	50	100	200	
						189	Umschlag für den Versand Bericht VT (gelb)	50	100	200	

Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer

Bestellzeichen/Unterschrift

Datum

Praxisurlaub

von:

bis:

Wichtig! Kassenarztstempel bitte leserlich anbringen.

Mus-ter	Bezeichnung	Bestellmenge			
	CD mit Arztnummernverzeichnis	1			
202	Mahnkarte / Erinnerung KV-Karte	250	500	1000	
203	Bestätigung Inanspruchnahme Kassen-/Vertragsärztliche Leistungen	500	1000	2000	
206	Umschlag Befundübermittlung 41x44 cm -wichtige Arzt-sache- (b. KH-Einwsg.)	50	100	200	
207	Umschlag Befundübermittlung DIN A4 -wichtige Arzt-sache- (b. KH-Einwsg.)	50	100	200	
208	Protokollblatt zur Befunddokumentation Anästhesie	50	100		
210	Berechtigungsschein Poliklinik	Entfällt ab dem 01.01.2012			
231	Gesundheitspass Diabetes	25	50	100	
242	Jugendarbeitsschutzuntersuchung Erstuntersuchung Block à 20 Satz	1	3	5	
243	Jugendarbeitsschutzuntersuchung Nachuntersuchung Block à 20 Satz	1	3	5	
244	Jugendarbeitsschutzuntersuchung Ergänzungsuntersuchung Block à 50 Satz	1	3	5	
245	Jugendgesundheitsuntersuchung („J1“ im Alter von 13-14 Jahren)	50	100	200	
250	DMP – Asthma bronchiale - Teilnahmeerklärung	25	50	100	
255	DMP – COPD - Teilnahmeerklärung	25	50	100	
258	DMP – Asthma bronchiale / COPD – Befundbericht Facharzt	20	40	60	
260	DMP – Brustkrebs - Teilnahmeerklärung	25	50	100	
263	Fax Anforderungsformular (Anlage 11 zum DMP – Brustkrebs - Vertrag	20	40	60	
270	DMP – KHK - Teilnahmeerklärung	25	50	100	
280	DMP –Diabetes Typ I und II - Teilnahmeerklärung	25	50	100	
290	Dokumentation Augenfachärztlicher Untersuchungsbogen Diabetes	50	100	200	500
291	Einverständniserklärung des Versicherten zur intravitrealen Therapie ****	10	20		
292	Erstbehandlungs-Dokumentation Operateur zur intravitrealen Therapie****	10	20		
293	Wiederbehandlungs-Dokumentation Operateur zur intravitrealen Therapie ****	10	20		
294	Dokumentation des nachbehandelnden Augenarztes zur intravitrealen Therapie ****	10	20		
295	Antrag Folgebehandlung Operateur zur intravitrealen Therapie - nur BKK und LKK - ****	10	20		
312	Umschlag für Versand AU-Bescheinigung Versand an BKK	50	100	200	500
313	Umschlag für Versand AU-Bescheinigung Versand an IKK	50	100	200	500
314	Umschlag für Versand AU-Bescheinigung Versand an AOK	50	100	200	500

Mus-ter	Bezeichnung	Bestellmenge			
Merkblätter zu Kinderunfällen					
401	Merkblatt "A"	50	100		
402	Merkblatt "U2/U3"	50	100		
403	Merkblatt "U4/U5"	50	100		
404	Merkblatt "U6"	50	100		
405	Merkblatt "U7"	50	100		
405a	Merkblatt "U7a"	50	100		
406	Merkblatt "U8"	50	100		
407	Merkblatt "U9"	50	100		
438	Merkblatt Darmkrebs Früherkennung	100	200	400	
450	Homöopathievertrag Teilnahmeerklärung Patient BKK Securita,Linde,Daimler,Essanelle,24 ,Pfaff und Herkules	5	10		
455	Vertrag zur Behandlung von Schizophrenie mit der AOK Rheinland/Hamburg Teilnahmeerklärung Patient	10	20		
502	BKK Hausarztvertrag Einverständniserklärung des Versicherten	25	50		
503	Hausarztzentrierte Versorgung AOK/LKK Einverständniserklärung des Versicherten	50	100	200	
503a	Anlage 7a Dokumentation des Hausarztes an Krankenhausarzt	50	100		
503b	Anlage 7b Dokumentation des Hausarztes an Facharzt	50	100	200	
503c	Anlage 7c Überleitungsbogen des Hausarztes an Krankenkasse	50	100		
504	Hausarztzentrierte Versorgung BIG Gesundheit Einverständniserklärung des Versicherten	5	10		
504a	Präventionsstatus Erwachsene BIG Gesundheit	5	10		
504b	Präventionsstatus Kinder BIG Gesundheit	5	10		
505	Hausarztzentrierte Versorgung Knappschaft Einverständniserklärung des Versicherten	25	50		
550	Grünes Rezept / Verordnungsvordruck nicht rezeptpflichtige Arzneimittel	100	200	500	
580	Patienteninformation zur Auslage in gynäkologischen Praxen ** Merkblatt Chlamydien – Screening	25	50		
581	Patienteninformation zur Auslage in gynäkologischen Praxen *** Merkblatt HIV	25	50		
582	Patienteninformation zur Auslage in gynäkologischen Praxen Merkblatt Gebärmutterhalskrebs	25	50		
900	Sicherheitspapier A4 – BFB * Blankoformularbedruckung	1000	2000	4000	
901	Sicherheitspapier A5 – BFB * Blankoformularbedruckung	1000	2000	4000	

* Dieses Papier kann nur an Praxen mit Praxiszertifikat für die Blankoformularbedruckung, das von der KV ausgestellt werden muss, geliefert werden.

** Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch

*** Mutterschafts-Richtlinien

**** Nur für operierende Augenärzte



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Petersstr. 17-19
47798 Krefeld

Telefon 02151 / 37 10 00

Fax-Nr. 02151 / 93 70 655

E-Mail Formular.Versand@kvno.de

Stand: 11.01.2012

Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer

Bestellzeichen/Unterschrift

Datum

Praxisurlaub

von:

bis:

**Wichtig! Kassenarztstempel bitte leserlich
anbringen.**

Bestellschein für Kassen- und KV-Vordrucke „Sonderverträge“

Mus- ter	Bezeichnung	Bestellmenge	Mus- ter	Bezeichnung	Bestellmenge
451	Homöopathievertrag IKK Classic Teilnahmeerklärung	5 10	Tonsillotomieverträge BARMER GEK, BKK, AOK Rheinland/Hamburg, Knappschaft und KKH-Allianz		
456	Vertrag zur Behandlung von Schizophrenie mit der DAK Teilnahmeerklärung Patient	5 10			
AD(H)S Vertrag mit der AOK Rheinland / Hamburg					
Formulare für Kinder u. Jugendärzte					
700	Pädiater Kriterien Verdachtsdiagnose	10 20 50	720	Teilnahmeerklärung für den Versicherten (BARMER GEK) mit Anlagen	5 10
701	Pädiater Sicherung Diagnose- Komorbiditäten	1 2	721	Teilnahmeerklärung für den Versicherten (BKK) mit Anlagen	5 10
702	Pädiater Evaluation	1 2	722	Teilnahmeerklärung für den Versicherten (AOK Rheinland/Hamburg) mit Anlagen	5 10
703	Individuelle Patienteninformation	10 20 50	723	Teilnahmeerklärung für den Versicherten (Knappschaft) mit Anlagen	5 10
704	Teilnahmeerklärung Patient	10 20 50	724	Teilnahmeerklärung für den Versicherten (KKH-Allianz) mit Anlagen	5 10
705	Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	1 2			
706	Diagnosebogen	10 20 50			
707	Patienteninformation AD(H)S zur Auslage in Kinder u. Jugendärztlichen Praxen	10 20 50			
Formulare für Kinder u. Jugendlichenpsychotherapeuten					
710	Teilnahmeerklärung Patient	10 20 50			
711	Kriterien Verdachtsdiagnose	10 20 50			
712	Sicherung Diagnose- Komorbiditäten	1 2			
713	Diagnosebogen	10 20 50			
714	Individuelle Patienteninformation	10 20 50			
715	Teilnahmeerklärung Psychotherapeut	1 2			
716	Evaluation	1 2			