

**Formularbestellschein**

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Postfach 101643  
66016 Saarbrücken

| Ansprechpartner bei Fragen Service-Center Tel. 0681/ 998370 / Fax 0681 / 99837299<br>E-Mail formularwesen@kvsaarland.de |  |      |      |      |       |
|---|--|------|------|------|-------|
|   | Blankoformulare DIN A4 (Muster 8,8a,12,15,20,22,26,27,28,30,39,52,56,61,63, DMP) | 1000 | 2000 | 3000 | 4000  |
|   | Blankoformulare DIN A5 (Muster 1,2,3,4,5/6,7,9,10,10a,13,19,21,36,40,55,)        | 2000 | 4000 | 6000 | 8000  |
| 1   | Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung   | 200  | 400  | 800  | 1000  |
| 2   | Verordnung einer Krankenhausbehandlung (Einweisungen)                            | 100  | 200  | 400  | 800   |
| 3   | Zeugnis über den Tag der mutmaßlichen Entbindung                                 | 100  | 200  | 400  | 600   |
| 4   | Verordnung einer Krankenförderung/Transportschein                                | 100  | 200  | 400  | 800   |
| 5/6   | Überweisungs/Abrechnungsschein ambulant/belegärztliche Behandlung                | 250  | 500  | 1000 | 2000  |
| 7   | Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie                                    | 10   | 20   | 40   | 80    |
| 8   | Sehhilfenverordnung  | 200  | 400  | 600  | 800   |
| 8 a   | Verordnung von vergrößernden Sehhilfen   | 10   | 20   | 40   | 80    |
| 9   | Bescheinigung Frühgeburt/Behinderung Kind  | 10   | 20   | 40   | 80    |
| 10  | Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen                                | 250  | 500  | 1000 | 2.000 |
| 10a   | Anforderungsschein Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften           | 250  | 500  | 1000 | 2.000 |
| 10C   | Veranlassung von SARS-CoV-2-Testungen bei symptomatischen Patienten              | 20   | 40   | 60   | 80    |
| OEGD  | Veranlassung zur Testung präventiver Maßnahmen                                   | 20   | 40   | 60   | 80    |
| 12  | Verordnung häuslicher Krankenpflege  | 50   | 100  | 200  | 800   |
| 13  | Heilmittelverordnung Logo/Physio/Ergo/Podo/Ernährung                             | 200  | 400  | 600  | 800   |
| 15  | Verordnung einer Hörhilfe  | 10   | 20   | 40   | 80    |
| 16  | Rezepte (Arzneiverordnungsblatt)   | 2000 | 4000 | 6000 | 8000  |
| 19  | Notfall-/Vertretungsschein   | 100  | 200  | 400  | 800   |
| 20  | Maßnahmen zur stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben                | 25   | 50   | 100  | 200   |
| 21  | Ärztl. Bescheinigung f. d. Bezug von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes       | 100  | 200  | 400  | 600   |
| 22  | Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie                               | 25   | 50   | 100  | 200   |
| 26  | Verordnung Soziotherapie §37   | 20   | 40   | 80   | 100   |
| 27  | Soziotherapeutischer Behandlungsplan §37a  | 20   | 40   | 80   | 100   |
| 28  | Verordnung bei Überweisung zu Indikationsstellung Soziotherapie                  | 20   | 40   | 80   | 100   |
| 36  | Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention                              | 50   | 100  | 200  | 400   |
| 39  | Krebsfrüherkennung für Frauen  | 600  | 1200 | 1800 | 2400  |
| 40  | Krebsfrüherkennung für Männer  | 50   | 100  | 200  | 400   |
| 52  | Bericht für Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit                 | 50   | 100  | 200  | 400   |
| 55  | Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze(Chronikerbescheinigung)         | 25   | 50   | 100  | 200   |
| 56  | Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining            | 25   | 50   | 100  | 200   |
| 61  | Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation                       | 25   | 50   | 100  | 200   |

|        |  |     |      |      |      |
|--------|--|-----|------|------|------|
| 63     | Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)                   | 10  | 20   | 40   | 80   |
| 64     | Verordnung med. Vorsorge f. Mütter od.Väter §24 SGB V                              | 10  | 20   | 40   | 80   |
| 65     | Ärztliches Attest Kind   | 10  | 20   | 40   | 80   |
| 70     | Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung                          | 50  | 100  | 200  | 400  |
| 70a    | Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung                    | 50  | 100  | 200  | 400  |
| PTV 1  | Antrag des Versicherten aus Psychotherapie   | 20  | 40   | 80   | 100  |
| PTV 2  | Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten                                | 20  | 40   | 80   | 100  |
| PTV 3  | Leitfaden für den Therapeuten zur Erstellung des Berichtes an den Gutachter        | 1   | 5    | 10   | 15   |
| PTV 8  | Briefumschlag zur Weiterleitung der Unterlagen an den Gutachter                    | 20  | 40   | 80   | 100  |
| PTV 10 | Allgemeine Patienteninformation (im Rahmen der PT-Sprechstunde)                    | 20  | 40   | 80   | 100  |
| PTV 11 | Individuelle Patienteninformation (am Ende der PT-Sprechstunde)                    | 20  | 40   | 80   | 100  |
| PTV 12 | Anzeige der Akutbehandlung oder der Beendigung einer Psychotherapie                | 20  | 40   | 80   | 100  |
|        | Diabetes Pass  | 25  | 50   | 100  | 200  |
| DMP    | DMP Erklärung zur Teilnahme Brustkrebs   | 20  | 40   | 80   | 100  |
| DMP    | DMP Erklärung zur Teilnahme indikationsübergreifend                                | 20  | 40   | 80   | 100  |
| DMP    | DIN A4 voradressierte Umschläge für Datenstelle Trier (BKK en)                     | 20  | 40   | 80   | 100  |
| DMP    | DIN A4 voradressierte Um: Umschläge für Datenstelle Leipzig (AOK,EK,IKK,KBS,SVLFG) | 20  | 40   | 80   | 100  |
|        | Dokumentationsbogen "Jugendgesundheitsuntersuchung" J1                             | 10  | 20   | 40   | 80   |
| x      | Untersuchungsbogen Jugendschutz Nachuntersuchung                                   | 10  | 20   | 30   | 40   |
|        | Mutterpässe  | 25  | 50   | 100  | 200  |
|        | Kinderuntersuchungshefte   | 10  | 20   | 80   | 100  |
| x      | Elterninformation zur Untersuchung vom 46. bis zum 48. Lebensmonat (U8)            | 10  | 20   | 40   | 80   |
| x      | Elterninformation zur Untersuchung vom 60. bis zum 64. Lebensmonat (U9)            | 10  | 20   | 40   | 80   |
|        | Elterninformation Neugeborenen-Hörscreening  | 10  | 20   | 80   | 100  |
|        | Elterninformation erweitertes Neugeborenen-Screening                               | 10  | 20   | 40   | 80   |
|        | Elterninformation zum Pulsoxymetrie-Screening                                      | 10  | 20   | 40   | 80   |
|        | Teilnahmekarte zum Nachweis der Untersuchung U2 bis U9                             | 10  | 20   | 40   | 80   |
|        | Überweisung Hinzuziehung eines freipraktizierenden Facharztes (Krankenhaus)        | 500 | 1000 | 2000 | 4000 |
|        | Internationale Impf-und Prophylaxebescheinigung (Impfausweise)                     | 20  | 40   | 60   | 80   |
|        | AU-Freiumsschläge AOK  | 20  | 40   | 80   | 100  |
| x      | Briefumschläge für Befunde und Rö-Bilder (braun Din A4)                            | 25  | 50   | 100  | 200  |
| x      | Merkblätter Kinderunfälle A  | 20  | 40   | 80   | 100  |
| x      | Merkblätter Kinderunfälle U2/U3  | 20  | 40   | 80   | 100  |
| x      | Merkblätter Kinderunfälle U4/U5  | 20  | 40   | 80   | 100  |
| x      | Merkblätter Kinderunfälle U6   | 20  | 40   | 80   | 100  |
| x      | Merkblätter Kinderunfälle U7   | 20  | 40   | 80   | 100  |
| x      | Merkblätter Kinderunfälle U7a  | 20  | 40   | 80   | 100  |
| x      | Merkblätter Kinderunfälle U8   | 20  | 40   | 80   | 100  |
| x      | Merkblätter Kinderunfälle U9   | 20  | 40   | 80   | 100  |
|        | Patienteninformation HIV Test Schwangere   | 50  | 100  | 150  | 200  |
|        | Patienteninformation Sreening auf Chlamydia Trachomatis Infektion                  | 50  | 100  | 150  | 200  |
|        | Patienteninformation Darmkrebs Früherkennung Frauen                                | 35  | 70   | 105  | 140  |
|        | Patienteninformation Darmkrebs Früherkennung Männer                                | 35  | 70   | 105  | 140  |
| x      | Patienteninformation zum US-Screening auf Aneurysmen der Bauchorta                 | 20  | 40   | 80   | 100  |
| x      | Patienteninformation Seelisch gesund aufwachsen U1                                 | 20  | 40   | 80   | 100  |
| x      | Patienteninformation Seelisch gesund aufwachsen U2                                 | 20  | 40   | 80   | 100  |

**Formularbestellschein**

OM-Nr. II 12.3.2

|   |  |    |    |    |     |
|---|--|----|----|----|-----|
| x | Patienteninformation Seelisch gesund aufwachsen U3                           | 20 | 40 | 80 | 100 |
| x | Patienteninformation Seelisch gesund aufwachsen U4                           | 20 | 40 | 80 | 100 |
| x | Patienteninformation Seelisch gesund aufwachsen U5                           | 20 | 40 | 80 | 100 |
| x | Patienteninformation Seelisch gesund aufwachsen U6                           | 20 | 40 | 80 | 100 |
| x | Patienteninformation Seelisch gesund aufwachsen U7                           | 20 | 40 | 80 | 100 |
| x | Patienteninformation Seelisch gesund aufwachsen U8                           | 20 | 40 | 80 | 100 |
| x | Patienteninformation Seelisch gesund aufwachsen U9                           | 20 | 40 | 80 | 100 |
| x | Patienteninformation "Ich bin Schwanger/Test auf Schwangerschaftsdiabetes"   | 20 | 40 | 80 | 100 |
| x | Patienteninformation "Ich bin Schwanger / E r/Basisultraschall"              | 20 | 40 | 80 | 100 |
| x | Patienteninformation Gesund durch d.ersten Lebensjahre/Früherkennungsunters. | 20 | 40 | 80 | 100 |
| x | Flyer "Wie kann ich mich vor dem Grippevirus schützen"                       | 20 | 40 | 80 | 100 |
| x | Flyer "Empfehlung f. Eltern zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch"          | 20 | 40 | 80 | 100 |
|   | Flyer "Mammographiescreening"  | 20 | 40 | 60 | 80  |
| x | Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung Frauen zw. 20 und 34 Jahren               | 20 | 40 | 60 | 80  |
| x | Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung Frauen ab 35 Jahren                       | 20 | 40 | 60 | 80  |
| x | Flyer " Hautkrebsfrüherkennung"  | 20 | 40 | 80 | 100 |

Seite 3 von 3

Vertragsarztstempel

Bitte Betriebsstättennummer  
hier angeben :

Bestelldatum