

MUSTER DER LAGERDRUCKSORTEN

ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE



ÄrzteZentrale
Drucksortenverlag

*Ihre Druckerei
in der City*

HONORARNOTEN • KASSABESTÄTIGUNGSBÜCHER • KARTEIKARTEN
BRIEFPAPIERE • WAHLARZTREZEPTE • ÜBERWEISUNGEN • VISITENKARTEN
STEMPELN • TAFELN • und vieles mehr ...

ecard



Wir bitten Sie
die **ecard** bei
jedem Arztbesuch
mitzubringen.

ÄrzteZentrale P51

ecard

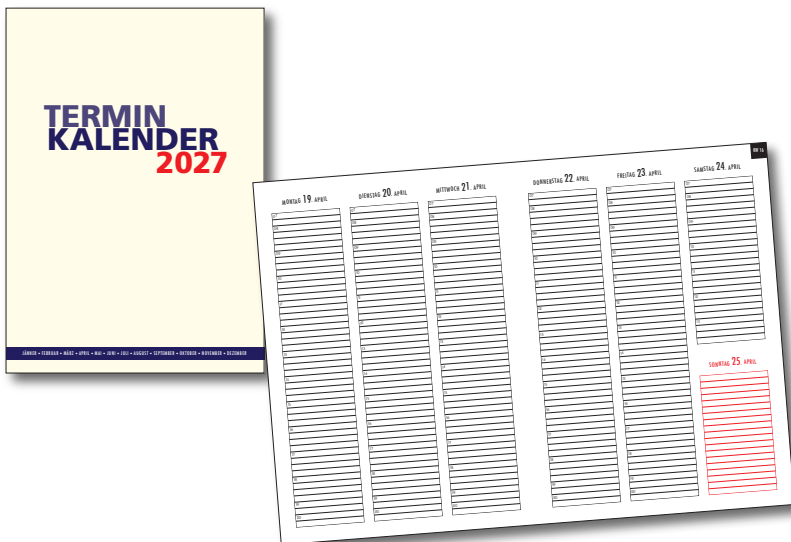


Bei Nichtbeibringung
der **ecard** ist ein
Einsatz von € _____ zu leisten.

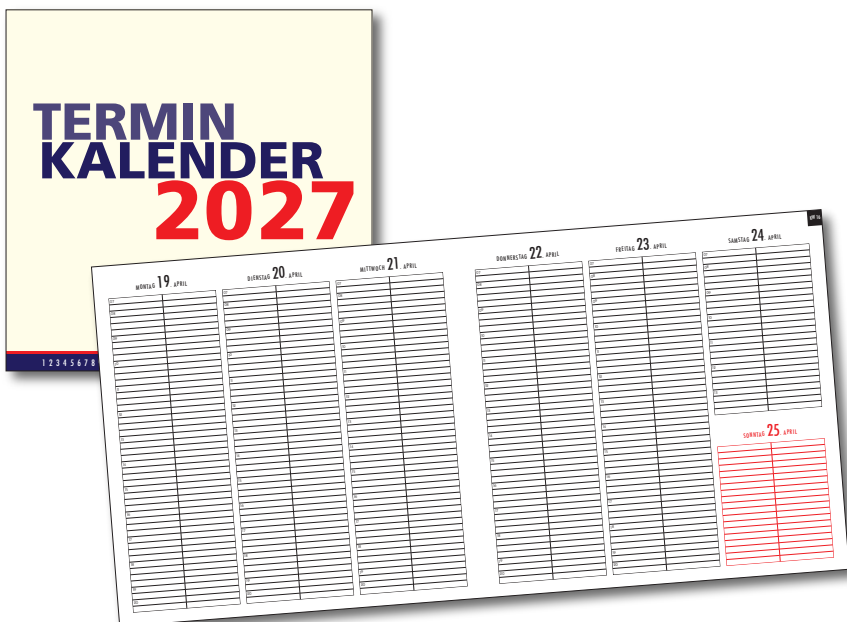
ÄrzteZentrale 52f

Terminkalender, spiralgebunden, in 15 min. Einteilung

A4 (21,0 x 29,7 cm)



Quadratisch (30,0 x 30,0 cm)



Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient!

Sollten Sie einen **Behandlungstermin nicht einhalten können**, wird höflichst ersucht, dies **rechtzeitig vorher bekanntzugeben**.

Wir sehen uns sonst gezwungen, den **versäumten Termin in Rechnung zu stellen**.

Wir bitten um Verständnis
Ihr Praxisteam

ÄrzteZentrale P56

AUFKLEBER Ø 10 cm oder 20 cm

A
U
F
K
L
E
B
E
R



URLAUB

Von bis

Vertretungen übernehmen alle anderen anwesenden Vertragsärzte/ärztinnen

Ordination

Adresse Tel.

Von bis

Ordination

Adresse Tel.

Von bis

Bitte, teilen Sie der/dem aufgesuchten Vertreterin/Vertreter mit,
dass Sie meine/mein Patientin/Patient sind.

FORMAT 335 x 240 mm
KARTON gelb

Name:

Anschrift:

Telefon:

Geburtsdaten:

Name der Krankenkasse:

Privat:

Beruf:

(oder Beruf des Versicherten)

Empfohlen durch:

ÄrzteZentrale 9

Bitte um Röntgenaufnahme von:

bei:

Diagnose:

ÄrzteZentrale 10

Frau

Adresse:

befindet sich in der Schwangerschaftswoche.

Voraussichtlicher Geburtstermin:

Voraussichtlicher letzter Arbeitstag:

.....
Ort/Datum

.....
Stempel/ Unterschrift

ÄrzteZentrale 11

.....
An die Leitung

Der (Die) Schüler(in)
(Name)

.....
(Anschrift)

steht (stand) in meiner Behandlung und ist (war) von 20

voraussichtlich bis einschließlich 20verhindert,
am Unterricht/Leibesübungen teilzunehmen.

.....
(Unterschrift des Arztes)

Bestätigung über den Empfang von € _____

Euro _____

als Honorar für ärztliche Behandlung

bei Herrn/Frau

Adresse:

am

ÄrzteZentrale 2 (dasselbe in Buchform ÄrzteZentrale 36)

.....

An das
Labor

Bitte bei

um

.....

IMPF - BESCHEINIGUNG

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Impfung gegen

.....

.....

.....

ÄrzteZentrale 15

Arztstempel/Unterschrift

FORMAT A6

Sehr geehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Diagnose:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

**Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!**

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Therapievorschlag:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

.....

An

Ich bitte höflich um Aufnahme, Therapie, Befundbericht, fachärztliche Untersuchung

Herr
Frau
Kind
Stand
Krk.-Kasse

wohnhaft
Staatsbürgerschaft

geb. am ist bei mir seit in ärztlicher Behandlung.

Diagnose

Anmerkungen:

.....

Herr
Frau

wohnhaft

geb. am ist bei mir seit in ärztlicher Behandlung.

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose:

.....

Herr
Frau

wohnhaft:

geb. am ist bei mir seit
in ärztlicher Behandlung.

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose:

ÄrzteZentrale 19a

FORMAT A6

An die Firma:

Herr / Frau

Adresse

Geb.-Datum war von

bis arbeitsunfähig.

Diagnose

.....

Ort / Datum

.....

Stempel / Unterschrift

ÄrzteZentrale 71

Elektrokardiogramm-Befund

von Herrn
Frau

FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

.....

.....

.....
=====

Hiermit gestatte ich mir, meine Honorarnote
vom per höflichst in
Erinnerung zu bringen und ersuche um postwendende Überweisung.

Hochachtungsvoll

.....

.....

.....

Da Sie meine Mahnung vom
unberücksichtigt ließen, muss ich Sie hiermit neuerlich dringendst bitten, mir
den Betrag meiner Honorarnote vom

per

bis zum einzusenden.

Ich hoffe, dass Sie mir durch strikte Einhaltung des angeführten
Termins weitere Maßnahmen ersparen und zeichne

hochachtungsvoll

BITTE VORMERKEN

MO DI MI DO FR SA

den _____ um _____ Uhr

MO DI MI DO FR SA

den _____ um _____ Uhr

MO DI MI DO FR SA

den _____ um _____ Uhr

Falls Sie verhindert sind, bitte um **rechtzeitige Absage**.

Stempel:

FORMAT 10 x 10 cm
PAPIER 80g gelb

ÄrzteZentrale 35a

Herrn
Frau

.....

Sie werden höflichst ersucht, zwecks Fortsetzung, Kontrolluntersuchung bzw.
Beendigung der Behandlung am
zu kommen.

Hochachtungsvoll

Rp.

FORMATE:
8,5 x 15 cm
10 x 17 cm
10 x 21 cm

An
....., den

Verletzungsanzeige / Ärztliche Bestätigung

Vor- und Zuname: Geburtsdaten:

Wohnort:

Zeitpunkt der erstmaligen Untersuchung:

Unfallsort:

Beschreibung der Verletzung:
(Art derselben, Ausdehnung, Form, Lage und Alter der Verletzung)

Voraussichtlicher Grad der Verletzung:

Fremdverschulden: ja — nein

Weiterbehandlung nötig: ja — nein — ambulatorisch — häuslich

Dem Krankenhaus überwiesen am:

Spezialuntersuchung veranlasst: Röntgen — Facharzt

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

Elektrokardiogramm-Befund

von Herr _____
Frau _____

FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Anamnese:

Status:

Diagnose:

Therapieverschlagn:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

.....

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Bei

habe ich folgenden Befund erhoben:

Besten Dank für die Zuweisung
mit kollegialem Gruß

INFEKTIONSFREIHEITSSCHEIN

Der (Die):

wohnhaft in geb. am:

ist frei von Zeichen irgendwelcher Infektionskrankheit und Ungeziefer. Auch in der Umgebung kein Vorkommen von ansteckenden Krankheiten.

Datum:

ÄrzteZentrale 60

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich bitte höflichst um fachärztliche Untersuchung, Befundbericht, Therapie

bei meinem(r) Patienten(in)

wohnhaft

geb. am ist bei mir seit

in ärztlicher Behandlung wegen folgender Beschwerden:

.....

.....

Meine bisherige Behandlung:

.....

.....

Mit kollegialem Gruß

.....
An die Leitung

Der (Die) Schüler(in)
(Name)

.....
(Anschrift)

stand wegen

von bis in meiner Behandlung.
Bitte das Fernbleiben vom Unterricht zu entschuldigen.

Es wird empfohlen, den (die) Schüler(in)
für die Dauer vom bis
vom Turnunterricht zu befreien.

.....
(Unterschrift des Arztes)

ÄrzteZentrale 74

An die Firma:

Herr
Frau

Adresse

steht seit

voraussichtliche Dauer
in meiner Behandlung und ist pflegebedürftig.

Pflegeperson

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Stempel

ÄrzteZentrale 75

An

.....

.....

Es wird bestätigt, dass

Herr / Frau

.....

ab einschließlich

pflegebedürftig erkrankt ist.

.....
Datum

.....
Unterschrift, Stampiglie

ÄrzteZentrale 76 (Entwurf: NÖ-Ärztokammer)

Anweisung zur Einnahme verordneter Medikamente

Name _____

Medikament	Wochentag	morgens		mittags		abends		nachts
		vor	nach	vor	nach	vor	nach	
		dem Essen		dem Essen		dem Essen		

Ich bitte, diese Anweisung stets zur Sprechstunde mitzubringen!

PRIVAT		Beiblatt Quartal	ÖGK	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BVAEB-EB <input type="checkbox"/> BVAEB-OEB	<input type="checkbox"/> SVS-GW <input type="checkbox"/> SVS-LW	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionsstuf.(m)	7 Kriegshinter- bleibe(n)l	9
Überweisung		Einweisung	Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!						
Verordnung		. / . .	Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!						
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!		Überweisung an / Einweisung in:							
Familienname(n)		Diagnose / Begründung:							
Vorname(n)		Erbeten wird / Verordnung:							
Patient(in)		Tag Monat Jahr ■ ■ ■	Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung						
Anschrift		Tag Monat Jahr ■ ■ ■							
Versicherte(r) (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) Angehörige(r) ist)		Tag Monat Jahr ■ ■ ■							
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)		Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen!							
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!		Diagnose:							
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!	 Datum, Unterschrift und Stempel des überweisenden Arztes							
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!	 Stempel und Unterschrift des Arztes							
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!	 Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes							

ÖGK _____

PRIVATREZEPT

Mitglieds-Nr. _____

A B BVAEB-EB

BVAEB-OEB

SVS-GW

SVS-LW

1
Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstversichert

5
Pensionist(in)

7
Kriegshinter-
bliebene(r)

Aussteller/in - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname _____

Vorname _____

Versicherungsnummer _____

Patient/in

Tag Mon. Jahr

Anschrift _____

Versicherte/r

(nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehöriger ist)

Tag Mon. Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) _____

Taxe

Gültig: 1 Monat ab Verordnung

Datum: _____

Rp. _____

Rezeptgebühr _____

Anzahl _____

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

WAHLARZT		Beiblatt Quartal	ÖGK	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BVAEB-EB <input type="checkbox"/> BVAEB-OEB	<input type="checkbox"/> SVS-GW <input type="checkbox"/> SVS-LW <input type="checkbox"/>	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9
Überweisung		Einweisung	Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!						
Verordnung		. / . .	Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!						
Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!							
Familienname(n)		Vorname(n)		Versicherungsnummer					
Patient(in)		<input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr		<input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr					
Anschrift		Überweisung an / Einweisung in: Diagnose / Begründung: Erbeten wird / Verordnung:							
Versicherte(r) (Nur ausfüllen, wenn Patient(in) Angehörige(r) ist)		Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung							
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)		Datum, Unterschrift und Stempel des überweisenden Arztes							
Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen!		Diagnose:							
Beginn der Behandlung bzw. Befundung		Stempel und Unterschrift des Arztes						Datum, Unterschrift und Stempel des Chefarztes	

ÖGK _____

WAHLARZT

Mitglieds-Nr. _____

A B BVAEB-EB

BVAEB-OEB

SVS-GW

SVS-LW

1
Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstversichert

5
Pensionist(in)

7
Kriegshinter-
bliebene(r)

Aussteller/in - bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname _____

Vorname _____

Versicherungsnummer _____

Patient/in

Tag Mon. Jahr

Anschrift _____

Versicherte/r

(nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehöriger ist)

Tag Mon. Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) _____

Taxe

Gültig: 1 Monat ab Verordnung

Datum:

Rp.

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke/Hausapotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung

KURZBRIEF

Mit der Bitte um:

- Kenntnisnahme
- Erledigung
- Genehmigung
- Stellungnahme
- Unterschrift
- Behandlung wie besprochen
- Rücksendung
- Angebot
- Anruf/Rücksprache
- Entscheidung
- Weiterleitung an:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mit freundlichen Grüßen



Wie gut es Ihnen wirklich geht, erfahren Sie
bei der **Gesundenuntersuchung** **Zeit.**
Nehmen Sie sich die

Liebe Patientin, lieber Patient!

Es ist wieder an der Zeit, an Ihre
Gesundenuntersuchung zu denken.

Ihre Gesundheit ist mir ein wichtiges
Anliegen. Schauen wir doch gemeinsam,
wie es darum steht.

Bei der Gesundenuntersuchung.
Ich würde mich freuen, Sie bald
zu sehen!

Mit besten Grüßen

FORMAT A6
2seitig - FÄRBIG



PS: Rufen Sie in der Praxis an!

Name:

Adresse:

Tel.:

Beruf:

Geb.-Datum:

Krkt.:

ÄZ 103 - VS

ÄZ 103 - RS

**ÄZ 113 – VS
KARTON**

**ÄZ 113 – RS
KARTON**

Name:

Adresse:

Beruf:

Geb.-Datum:

Stand:

Krk.:

**ÄZ 114 – VS
KARTON
FORMAT A4**

**ÄZ 114 – RS
KARTON
FORMAT A4**

**ÄZ 119 – RS
KARTON
FORMAT 40 x 21 cm
2 x GEFALZT
1. FALZ = 12,5 cm
2. FALZ = 28,1 cm
ENDFORMAT
21 x 15,6 cm**

Notizen

SPEZIALDRUCKE für KONGRESSE - TAGUNGEN - SYMPOSIEN

**Beratung | Gestaltung
rascheste Durchführung**

Plakate

Einladungen | Folder

Programme | Abstraktbände

Anmeldeformulare | Handouts

Namenskärtchen (Badges) mit Aufdruck & Lanyards

Teilnahmebestätigungen | Kassabücher

Hinweistafeln | Vorsitzendenschilder

Urkunden | Bons



Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
Maria Rodler & Co Ges.m.b.H.

Freyung 6, 1010 Wien

T (01) 536 63-73 | F (01) 535 60 16
E maw@media.co.at | www.maw.co.at

Organisation von Ausstellungen und Kongressen

Virtuelle Formate • Posterbau



ÄrzteZentrale

für Ferngesprächsübermittlung Dr. Wilfried Rodler e.U.
Inh.: Dr. Adelheid Kreiner-Rodler

Postadresse: A-1011 Wien, Postfach 155

**Wien 1., Helferstorferstraße 2 / Freyung 6
(im Schottenhof)**

www.aerztezentrale.co.at

DRUCKSORTEN

T (01) 531 16-25

E verkauf@aerztezentrale.co.at

Gute Parkmöglichkeiten:
Kurzparkzone oder Freyung-Garage

Bitte geben Sie in Ihrem Interesse
– zwecks Portoersparnis –
größere Bestellungen auf.

Öffnungszeiten:

Montag – Donnerstag von 8.00 – 18.00 Uhr

Freitag von 8.00 – 17.00 Uhr

durchgehend geöffnet

Samstag geschlossen

Geänderte Sommeröffnungszeiten

Juli/August

ADRESSENVERLAG

T (01) 531 16-17

F (01) 532 12 82

E versand@aerztezentrale.co.at

Versand – Kopien – Vervielfältigungen –
Schnelldrucke
kurzfristig – schnell – preisgünstig

TELEFONZENTRALE

T (01) 531 16

F (01) 531 16-66

E service@aerztezentrale.co.at

ÄrzteZentrale Telefonzentrale (01) 531 16

*Ihr Telefonservice
österreichweit
12 Stunden am Tag*

