

MUSTER DER LAGERDRUCKSORTEN

T I E R Ä R Z T E



Ärztezentrale Drucksortenverlag

*Ihre Druckerei
in der City*

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

Bestätigung über den Empfang von _____



als Honorar für ärztliche Behandlung

.....

bei Herrn/Frau

Adresse:

am

Ärztzentrale 2 (dasselbe in Buchform Ärztenzentrale 36)

.....

Bitte um Röntgenaufnahme von:

bei:

Diagnose:

.....
Herrn
Frau

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für ärztliche Behandlung

.....
.....

im Betrag von

zu übermitteln.

Hochachtungsvoll

Ärztzentrale 3

VS
RS

Datum			

HONORARNOTE

für Herrn
Frau
.....

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom bis

meine Honorarnote im Betrage von _____

zu überreichen.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

HONORARNOTE

für Herrn
Frau

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom bis

meine Honorarnote im Betrage von _____

zu überreichen.

Diagnose:

Hochachtungsvoll

FORMAT A4
GEFALZT AUF A5
Seite 1

Datum			

**FORMAT A5
VS**

Datum			
	Summe		

ÄZ 7a – RS	Bisher geleistete Zahlung		
	Restbetrag		

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

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich erlaube mir mitzuteilen, daß ich in der Zeit
von bis
auf Urlaub bin. Nächste Ordination am
Es vertritt mich
.....

Mit kollegialem Gruß

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich erlaube mir mitzuteilen, daß ich in der Zeit
von bis
auf Urlaub bin. Nächste Ordination am
.....

Mit kollegialem Gruß

Name:

Tag	Datum	Stunde

Bitte diesen Schein bei jedem Besuch mitzubringen. Falls von einer der vorgemerkten Stunden nicht Gebrauch gemacht werden kann, wird höflichst ersucht, dies mindestens 24 Stunden vorher bekannt zu geben, da sonst die versäumte, vorgemerkte Zeit in Rechnung gestellt werden müßte.

Ärztzentrale 25

FORMAT A6
KARTON ROSA

.....

Herrn
Frau

=====

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

Hochachtungsvoll

Ärztzentrale 26

Honorarnote

.....			
.... Besuchsgebühr			
.... Sonn-, Feiertags-, Nachtzuschlag			
.....			
.....			
.... Injektion			
.....			
.... Medikamente			
.....			
.... Weggebühr			
.....			
Summe			
plus % MWSt.			
Gesamthonorar inkl. % MWSt.			

BITTE VORMERKEN

Mo Di Mi Do Fr den _____ um _____ Uhr

Mo Di Mi Do Fr den _____ um _____ Uhr

Mo Di Mi Do Fr den _____ um _____ Uhr

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

Stempel:

Ärztzentrale 35a

FORMAT 10 x 10 cm
PAPIER 80g gelb

HONORARNOTE

für Herr
Frau

.....

Ich erlaube mir, Ihnen für

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

meine Honorarnote im Betrage von

=====

zu überreichen.

Diagnose:

Hochachtungsvoll



Ich erlaube mir, Ihnen für Leistungen in der Zeit

von bis

meine Honorarnote im Betrage von Euro _____

zu überreichen.

Hochachtungsvoll

Herrn
Frau

Bestätigung über den Empfang von



als Honorar für tierärztliche Leistung

.....

am

Ärztzentrale 52

Herrn
Frau

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für tierärztliche Leistung

.....

im Betrag von _____

Mehrwertsteuer _____

Summe zu übermitteln.

Hochachtungsvoll

Herrn
Frau

Hiermit erlaube ich mir, meine Honorarnote für tierärztliche Leistung

im Betrag von _____

Mehrwertsteuer _____

Summe zu übermitteln.

Hochachtungsvoll

Ärztzentrale 54

1. SEITE
3. SEITE

Datum			
	<p>FORMAT A6 doppelt GEFALZT AUF A6 quer</p>		

HONORARNOTE

für Herrn
Frau

Ich erlaube mir, Ihnen für tierärztliche Leistungen in der Zeit

von..... bis

meine Honorarnote im Betrage von

zu überreichen und um deren Begleichung zu ersuchen.

Mehrwertsteuer

Hochachtungsvoll

Beilage:

Datum:

.....

HONORARNOTE

für Herrn

Frau

.....

Ich erlaube mir, Ihnen für tierärztliche Leistungen in der Zeit

vom bis

.....

.....

meine Honorarnote im Betrage von _____

Mehrwertsteuer _____

zu überreichen. Summe

Hochachtungsvoll

Beilage:

.....

HONORARNOTE

für Herr
Frau

.....

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom..... bis

meine Honorarnote im Betrage von

Mehrwertsteuer

zu überreichen. Summe

Medikamente: Nettopreis

Mehrwertsteuer

Summe

Gesamtsumme

Diagnose:

Hochachtungsvoll

1. SEITE
FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

Datum			
	Summe		

Mehrwertsteuer		
----------------	--	--

Gesamtbetrag		
--------------	--	--

Bisher geleistete Zahlung		
---------------------------	--	--

Restbetrag		
------------	--	--

1. SEITE
FORMAT A4
GEFALZT AUF A5

HONORARNOTE

.....

für Herr
Frau

.....

Ich erlaube mir, Ihnen für meine Leistungen in der Zeit

vom..... bis

meine Honorarnote im Betrage von _____

zu überreichen.

Medikamente: _____

Gesamtsumme: _____

Diagnose:

Hochachtungsvoll

ÄZ 72a / 2. SEITE

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!

Ärztzentrale 77

ÄZ 77
FORMAT A6

Rp.

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

Telefax / Kurzbrief

Datum: _____

An: _____

Betrifft: _____

KARTON ROSA

Ärztzentrale 101

VS

RS

VS

ÄZ 113 / RS

Ärztezentrale

für Ferngesprächsübermittlung Dr. Wilfried Rodler
Inh.: Dr. Adelheid Kreiner-Rodler
Postadresse: A-1014 Wien, Postfach 155
**Wien 1., Helferstorferstraße 2 / Freyung 6
(im Schottenhof)**

DRUCKSORTEN

Tel.: (+43/1) 531 16-25
Fax: (+43/1) 533 13 93
e-mail: verkauf@aerztezentrale.co.at
Kur- und Wellness-Information – DW 26
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!

ADRESSENVERLAG

A-1010 Wien, Helferstorferstraße 4
Tel.: (+43/1) 531 16-17
Fax: (+43/1) 532 12 82
e-mail: versand@aerztezentrale.co.at
Versand – Kopien – Vervielfältigungen
– Schnelldrucke
kurzfristig – schnell – preisgünstig

TELEFONISCHER INFORMATIONSDIENST

24-Std.-Besetzung
Tel.: (+43/1) 531 16-0
Fax: (+43/1) 531 16-66
e-mail: service@aerztezentrale.co.at

Seit über 100 Jahren
Ihr Telefondienst
rund um die Uhr
- österreichweit -



Helferstorferstraße 2 / Freyung 6 • Wien 1., im Schottenhof
Telefon 531 16-25 oder 24 • Fax 533 13 93
www.aerztezentrale.co.at • verkauf@aerztezentrale.co.at
Montag-Donnerstag 8⁰⁰-18⁰⁰ Uhr • Freitag 8⁰⁰-17⁰⁰ Uhr