

# Bestellung

im Auftrag und für Rechnung  
der AG der **Krankenkassen-**  
**verbände Berlin**

Absender

An den

Paul Albrechts Verlag  
Hamburger Straße 6

22952 Lütjensee

Datum

Unterschrift

## Bitte unbedingt angeben:

Lebenslange

Arztnummer (LANR) \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-

nummer (BSNR) \_\_\_\_\_

Wir bitten um Lieferung von Vordrucken für die kassenärztliche Versorgung

Bestelleinheiten

## Disease-Management-Programme (DMP) – Vordrucke nur für teilnehmende Ärzte

DMP <b>Diabetes mellitus Typ 1 + Typ 2</b> Teilnahmeerklärung	50 / 100 / 500
DMP <b>Brustkrebs</b> Teilnahmeerklärung	25 / 50 / 100
DMP <b>Koronare Herzkrankheit</b> Teilnahmeerklärung	50 / 100 / 500
DMP <b>Asthma</b> Teilnahmeerklärung	50 / 100 / 500
DMP <b>COPD</b> Teilnahmeerklärung	50 / 100 / 500



**Bestellungen bitte nur schriftlich oder per Telefax aufgeben!**

Paul Albrechts Verlag · Hamburger Straße 6 · 22952 Lütjensee · Telefax (0 41 54) 7 99-173