

Verordnungsschein

für Sehbehelfe

Österreichische Gesundheitskasse

Siegfried Marcus-Straße 5
7000 Eisenstadt

<p>PATIENT Familiename Vorname</p> <p style="text-align: right;">Versicherungs Nr.</p> <p>Wohnanschrift</p> <p>VERSICHERTER Familiename Vorname</p> <p style="text-align: right;">Versicherungs Nr.</p> <p>Dienstgeber</p> <p><input type="checkbox"/> Rezeptgebührenbefreiung Kostenanteilsbefreiung</p>	<p>Sehbehelf:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>sphärisch</td> <td>cylindrisch</td> <td>Achse Tabo</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Ferne</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Nähe</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Pupillardistanz _____ mm HSA _____ mm</p>			sphärisch	cylindrisch	Achse Tabo	Ferne	R				L				Nähe	R				L			
		sphärisch	cylindrisch	Achse Tabo																				
Ferne	R																							
	L																							
Nähe	R																							
	L																							
<p>Art des Sehbehelfes:</p>																								
<p>Diagnose/med.Begründung:</p>																								
<p>Datum, Arztstempel und Unterschrift der/des ausstellenden Ärztin/Arztes</p>																								
<p>Die Kasse übernimmt:</p>																								
<p>Vertragspartnernr. _____ Filialnr. _____</p> <p>Verrechnung der Lieferfirma</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; font-size: small;">Anzahl</td> <td style="width:33%; font-size: small;">Artikel Nr</td> <td style="width:33%; font-size: small;">Betrag in Euro</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Anzahl	Artikel Nr	Betrag in Euro	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____											
Anzahl	Artikel Nr	Betrag in Euro																						
_____	_____	_____																						
_____	_____	_____																						
_____	_____	_____																						
<p>Stellungnahme des medizinischen Dienstes</p>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;"></td> <td style="width:40%; vertical-align: top;"> <p>Gesamtbetrag _____</p> <p>- Selbstbehalt _____</p> <p>Kassenleistung _____</p> <p>+ _____%Ust. _____</p> <p>Forderungsbetrag _____</p> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;"> <p>Datum, Vertragspartnerstempel und Unterschrift der Lieferfirma</p> </td> <td></td> </tr> </table>		<p>Gesamtbetrag _____</p> <p>- Selbstbehalt _____</p> <p>Kassenleistung _____</p> <p>+ _____%Ust. _____</p> <p>Forderungsbetrag _____</p>	<p>Datum, Vertragspartnerstempel und Unterschrift der Lieferfirma</p>																				
	<p>Gesamtbetrag _____</p> <p>- Selbstbehalt _____</p> <p>Kassenleistung _____</p> <p>+ _____%Ust. _____</p> <p>Forderungsbetrag _____</p>																							
<p>Datum, Vertragspartnerstempel und Unterschrift der Lieferfirma</p>																								
<p>Der ordnungsgemäße Empfang wird vom Versicherten bestätigt:</p> <p>_____</p> <p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift der/des Versicherten</p>																								