

Verordnung für Sehbehelfe und Augenprothesen

(Bitte vollständig ausfüllen! Zutreffendes bitte anhaken!)

Familienname, Vorname Versicherungsnummer

Patient(in) Tag Monat Jahr

Anschrift

Versicherte(r)
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist) Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

.....
Datum Stempel und Unterschrift der Lieferfirma

.....
Übernahmedatum Unterschrift des Empfängers

ÖGK		Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!				

Schutzbrille mit Seitenschutz
 ohne

Vorhänger Bifocal

Stargläser Trifocal

Brille für	Sphärisch	Zylindrisch	Achse Tabo	Pupillardistanz
Ferne	R			Hornhaut-Glas- Scheiteldistanz mm
	L			
Nähe	R			Augenprothese
	L			Kontaktlinsen

Begründung (Diagnose):
.....
Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

Arztstempel bei Übernahme der vollen Kosten durch den Krankenversicherungsträger (Befreiung vom Selbstbehalt). Bei Bestätigung durch den Versicherungsträger: Stempel, Unterschrift und Datum.

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsleistung
inkl. MwSt.: € _____
bzw.
_____ % der Kosten lt. Tarif
inkl. MwSt.

Kostenanteil: 10% der Kosten,
mindestens € _____ Datum, Stempel und Unterschrift

Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragspartners Kostenerstattung nur 80% der Leistung des Krankenversicherungsträgers (§ 131 Abs. 1 ASVG)!

Kostenvoranschlag (Tarife inkl. MwSt.):

Anmerkungen:

.....
Datum

.....
Stempel des Vertragspartners

Hinweis

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht sowie den Stellen, bei welchen die Verordnung eingelöst werden kann, finden Sie auf der Homepage unter www.gesundheitskasse.at.

Nähere Auskünfte für das Bundesland Niederösterreich erhalten Sie in den jeweiligen Kundenservicestellen (Tel. +43 5 0766-126100).