

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

## Verordnung für Sehbehelfe und Augenprothesen

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer
Patient/in		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Tag</span> <span>Monat</span> <span>Jahr</span> </div>
Anschrift		
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Tag</span> <span>Monat</span> <span>Jahr</span> </div>

Aufzahlung für

Brillengläser  Ja  Nein

Fassung

Der Empfang des Behelfes wird bestätigt:

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Empfängerin/Empfängers

**Verbezug:**

Befürwortet: Ja  Nein

Die Kasse übernimmt \_\_\_\_\_% der tarifmäßigen Kosten des verordneten Heilbehelfes oder Hilfsmittels, höchstens

EUR \_\_\_\_\_

Arztstempel bei Übernahme der vollen Kosten durch die Kasse (Rezeptgebührenbefreiung) bzw. Stempel, Unterschrift u. Datum bei Bewilligung durch die Kasse:

**Die Achsenrichtung ist nur im Tabo-Schema anzugeben!**

**R**

**Tabo**  
Pupillardistanz

\_\_\_\_\_ mm

**L**

Art des Sehbehelfes: \_\_\_\_\_

Allfälligemed. Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum der Verordnung

		sphärisch	zylindrisch	Achse Tabo		Abrechnung:			
Fern	R			O		Pos.	Betrag	Pos.	Betrag
L	L			O					
Nähe	R			O					
L	L			O					

Verrechnet am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Stempel der/des Vertrags-partnerin/partners

Bitte Rückseite beachten!

## Hinweis

Nähere Informationen zu genehmigungsfreien und genehmigungspflichtigen Sehbehelfen und Augenprothesen finden Sie auf der Homepage unter [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at).

**Nähere Auskünfte** betreffend **Sehbehelfe** für das Bundesland Wien erhalten Sie in der Kundenservicestelle Favoriten, in der Gruppe Leistungserbringung der Leistungsabteilung, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien, Tel. +43 5 0766-112810 DW.

**Gerne nehmen wir Ihre Unterlagen für die Genehmigung auch digital entgegen.**

**So senden Sie uns sensible Daten:**

[www.gesundheitskasse.at/database](http://www.gesundheitskasse.at/database)