

unmittelbare Verordnung

| | | | |
|--------------------------|--------------------|---------------|--|
| Versichertendaten | Name Patient: | | |
| | VSNR: | Kostenträger: | Kostenanteilsbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Anschrift: | | |
| | Name Versicherter: | | VSNR: |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Versorgung, Messung und Verrechnung | <input type="checkbox"/> Erstversorgung | | <input type="checkbox"/> Folgeversorgung | | Vorbezug (M/J):..... | | | |
| | Fachärztliche Verordnung: | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Name des Arztes, Vertragspartnernummer, Verordnungsdatum | | | | |
| | Augenfacharzttermin: | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Termin am: Name des Arztes: | | | | |
| | Versorgung: | | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Kontaktlinse | <input type="checkbox"/> vergrößernde Sehhilfe | <input type="checkbox"/> R | <input type="checkbox"/> L | <input type="checkbox"/> Fassung |
| | Angepasst von: autorisierter Augenoptikermeister*in autorisierter Kontaktlinsenoptiker*in | | | | Art des Sehbehelfes: <input type="checkbox"/> Ferne <input type="checkbox"/> Nähe <input type="checkbox"/> Mehrstärken <input type="checkbox"/> Visus _{cc} : <input type="checkbox"/> Sonderanfertigung inkl. Begründung: | | | |
| | | | sphärisch | cylindrisch | Achse Tabo | Verrechnung | | |
| | Ferne | R | | | | Anzahl | Positionsnummer | Betrag in Euro |
| | | L | | | | | | |
| | Nähe | R | | | | | | |
| | | L | | | | | | |
| Anmerkungen: | | | | | | | | |
| | | | | | Gesamtbetrag netto | | | |
| | | | | | +20% UST | | | |
| | | | | | Gesamtbetrag brutto | | | |
| | | | | | -Selbstbehalt | | | |
| Kassenleistung brutto | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| Bestätigung des Patienten | |
| <input type="checkbox"/> Der Sehbehelf wurde mir angepasst. <input type="checkbox"/> Eine tarifliche Versorgung wurde mir angeboten. <input type="checkbox"/> Ich bestätige den ordnungsgemäßen Erhalt. <input type="checkbox"/> Ich wurde vom autorisierten Augenoptikermeister / Kontaktlinsenoptiker aufgeklärt, dass zeitnah ein Augenfacharzttermin zur medizinischen Kontrolle zu vereinbaren ist bzw., auch wenn keine Probleme auftreten, einmal pro Jahr eine medizinische Kontrolle durchgeführt werden soll. | |
| _____ Empfangsdatum | _____ Unterschrift Versicherte/Versicherter |

| | |
|-------------------------|---|
| Vertragspartnernummer: | |
| Filialnummer / Adresse: | Datum, Stempel, Unterschrift des autorisierten anpassenden Augenoptikermeisters/Kontaktlinsenoptikers |