

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Befund:

Bestkorrigierter Fernvisus rechts _____ Bestkorrigierter Fernvisus links _____

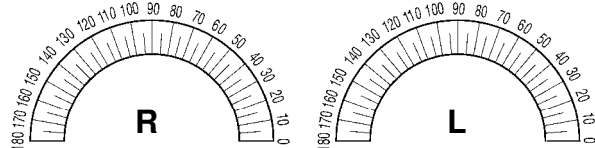
Sehbehinderung mindestens WHO 1 ☐ mit Brille ☐ Kontaktlinsen ☐

Menge und Art der Verordnung:**Verordnung von vergrößernden Sehhilfen**

IK des Leistungserbringers	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	<input type="text"/>
Belegnummer	<input type="text"/>
Erstversorgung <input type="checkbox"/>	Folgeversorgung <input type="checkbox"/>
Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/>	Versorgungs-leiden (BVG) <input type="checkbox"/>
Vergrößerungsbedarf _____ fach	
Reparatur <input type="checkbox"/>	Ersatz <input type="checkbox"/>

Diagnose/Begründung:

							Kostenrechnung des Leistungserbringers		
		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitel-abstand	10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro
F	R			°					
	L			°					
N	R			°					
	L			°					
								Rechnungsbetrag	



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

Ich erkläre, ☐ dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe
☐ dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist

Datum	Unterschrift des Versicherten
-------	-------------------------------

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

☐ in Höhe des geltenden Festbetrages
☐ in Höhe von _____ Euro

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

Datum	
-------	--

Empfangsbestätigung

_____ vergrößernde Sehhilfen

Datum	Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)
-------	---

Bescheinigung des Leistungserbringers

Die vergrößernde Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst.
 Ich versichere, dass die gelieferte vergrößernde Sehhilfe der Verordnung entspricht.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Datum	
-------	--

Zur Beachtung für den Versicherten

Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag.
 Die **Lieferung anderer Ware** anstelle der verordneten vergrößernden Sehhilfen ist **nicht gestattet**.