

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

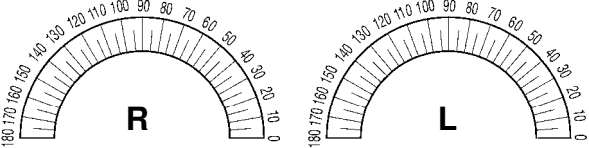
**Befund:** Änderung um mindestens 0,5 Dioptrien ja ☐ nein ☐

Wenn nein, wird eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20% erzielt? ja ☐

Menge und Art der Verordnung:

Diagnose/Begründung:

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



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Sehhilfenverordnung

IK des Leistungserbringers

Rechnungsnummer

Belegnummer

Erstversorgung ☐ Folgeversorgung ☐

Unfall, Unfallfolgen ☐ Versorgungsleiden (BVG) ☐

Sehbehinderung mindestens WHO 1 ☐

Reparatur ☐ Ersatz ☐

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

\_\_\_\_\_ Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

Bescheinigung des Leistungserbringers

Die Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst.

Ich versichere, dass die gelieferte 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 Sehhilfen ist **nicht gestattet**.