

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

IK des Leistungserbringers

Rechnungsnummer

Belegnummer

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

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

Erstversorgung       Folgeversorgung

Unfall, Unfallfolgen       Versorgungsleiden (BVG)

Sehbehinderung mindestens WHO 1

Reparatur       Ersatz

**Menge und Art der Verordnung:**

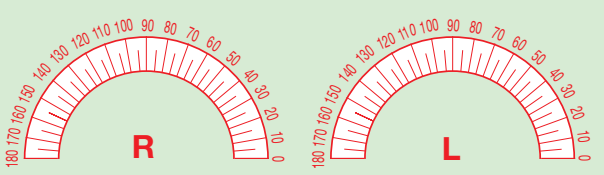
--

Diagnose/Begründung:

--

Kostenrechnung des Leistungserbringers	
10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro
<b>Rechnungsbetrag</b>	

		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand
F	R			°			
	L			°			
N	R			°			
	L			°			



Verbindliches Muster

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

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

in Höhe des geltenden Festbetrages

in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

Datum

**Verbindliches Muster**

## 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

**Freigabe 12.03.2008**

## 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**.