unmittelbare Verordnung

Versichertendaten

Name Patient:		
VSNR:	**Kostenträger:**	**Kostenanteilsbefreiung:** ☐ **ja** ☐ **nein**
Anschrift:		
Name Versicherter:		**VSNR:**

Versorgung, Messung und Verrechnung

☐ **Erstversorgung**	☐ **Folgeversorgung**	Vorbezug (M/J):……..
Fachärztliche Verordnung:	☐ ja ☐ nein	…… Name des Arztes, Vertragspartnernummer, Verordnungsdatum
Augenfacharzttermin:	☐ ja ☐ nein	Termin am: Name des Arztes:
Versorgung:	☐ Brille ☐ Kontaktlinse ☐ vergrößernde Sehhilfe	☐ R ☐ L ☐ Fassung

Angepasst von:

……

autorisierter Augenoptikermeister*in

autorisierter Kontaktlinsenoptiker*in

Art des Sehbehelfes:

☐ **Ferne** ☐ **Nähe** ☐ **Mehrstärken**

☐ **Visus$_{cc}$:**

☐ **Sonderanfertigung inkl. Begründung:**

		sphärisch	**cylindrisch**	**Achse Tabo**
Ferne	**R**			
	L			
Nähe	**R**			
	L			

Anzahl	**Positionsnummer**	**Betrag in Euro**
Gesamtbetrag netto		
+20% UST		
Gesamtbetrag brutto		
-Selbstbehalt		
Kassenleistung brutto		

Anmerkungen:

Bestätigung des Patienten

- ☐ Der Sehbehelf wurde mir angepasst.
- ☐ Eine tarifliche Versorgung wurde mir angeboten.
- ☐ Ich bestätige den ordnungsgemäßen Erhalt.
- ☐ 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