

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:																																																																																							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>sphärisch</th> <th>cylindrisch</th> <th>Achse Tabo</th> <th colspan="3">Verrechnung</th> </tr> <tr> <th rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Ferne</th> <th>R</th> <td></td> <td></td> <td></td> <th>Anzahl</th> <th>Positionsnummer</th> <th>Betrag in Euro</th> </tr> <tr> <th>L</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Nähe</th> <th>R</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>L</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="8" style="height: 40px;">Anmerkungen:</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="2">Gesamtbetrag netto</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="2">+20% UST</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="2">Gesamtbetrag brutto</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="2">-Selbstbehalt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="2">Kassenleistung brutto</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				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		
			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
---	---