

unmittelbare Verordnung

Versichertendaten	Name Patient:		
	VSNR:	Kostenträger:	Kostenanteilsbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Anschrift:		
	Name Versicherter:		VSNR:

<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:		Art des Sehbehelfes:					
..... autorisierte Augenoptikermeister*in autorisierte Kontaktlinsenoptiker*in		<input type="checkbox"/> Ferne <input type="checkbox"/> Nähe <input type="checkbox"/> Mehrstärken <input type="checkbox"/> Visus _{cc} : <input type="checkbox"/> Sonderanfertigung inkl. Begründung:					
		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