

# Verordnung für Sehbehelfe und Augenprothesen

(Bitte vollständig ausfüllen! Zutreffendes bitte anhaken!)

Familienname, Vorname Versicherungsnummer

Patient(in) Tag    Monat    Jahr

Anschrift

Versicherte(r)  
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist) Tag    Monat    Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

.....  
Datum Stempel und Unterschrift der Lieferfirma

.....  
Übernahmedatum Unterschrift des Empfängers

ÖGK		Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!				

Schutzbrille mit Seitenschutz  
ohne

Vorhänger	Bifocal
Stargläser	Trifocal

Brille für	Sphärisch	Zylindrisch	Achse Tabo	Pupillardistanz
Ferne	R			Hornhaut-Glas- Scheiteldistanz  mm
	L			
Nähe	R			Augenprothese
	L			Kontaktlinsen

Begründung (Diagnose):  
.....  
Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

Arztstempel bei Übernahme der vollen Kosten durch den Krankenversicherungsträger (Befreiung vom Selbstbehalt). Bei Bestätigung durch den Versicherungsträger: Stempel, Unterschrift und Datum.

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsleistung  
inkl. MwSt.: € \_\_\_\_\_  
bzw.  
\_\_\_\_\_ % der Kosten lt. Tarif  
inkl. MwSt.

**Kostenanteil:** 10% der Kosten,  
mindestens € \_\_\_\_\_ Datum, Stempel und Unterschrift

Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragspartners Kostenerstattung nur 80% der Leistung des Krankenversicherungsträgers (§ 131 Abs. 1 ASVG)!

Kostenvoranschlag (Tarife inkl. MwSt.):

Anmerkungen:

.....  
Datum

.....  
Stempel des Vertragspartners

### Hinweis

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht sowie den Stellen, bei welchen die Verordnung eingelöst werden kann, finden Sie auf der Homepage unter [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at).

**Nähere Auskünfte** für das Bundesland Niederösterreich erhalten Sie in den jeweiligen Kundenservicestellen (Tel. +43 5 0766-126100).