

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					
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:						
..... autorisierter Augenoptikermeister*in autorisierter Kontaktlinsenoptiker*in		<input type="checkbox"/> Ferne <input type="checkbox"/> Nähe <input type="checkbox"/> Mehrstärken <input type="checkbox"/> Visuscc: <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 nehme zur Kenntnis, dass eine regelmäßige medizinische Kontrolle beim Augenfacharzt, auch wenn keine Probleme auftreten, ungefähr 1 x pro Jahr durchgeführt werden soll.	
..... Empfangsdatum Unterschrift Versicherte/Versicherter

Vertragspartnernummer:	
Filialnummer / Adresse: Datum, Stempel, Unterschrift des autorisierten anpassenden Augenoptikermeisters/Kontaktlinsenoptikers