Sehhilfenverordnung 8

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

IK des Leistungserbringers

Rechnungsnummer

Belegnummer

Befund: Änderung um mindestens 0,5 Dioptrien ja ☐ nein ☐

Wenn nein, wird eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20% erzielt? ja ☐

Erstversorgung ☐ Folgeversorgung ☐

Unfall, Unfallfolgen ☐ Versorgungsleiden (BVG) ☐

Sehbehinderung mindestens WHO 1 ☐

Reparatur ☐ Ersatz ☐

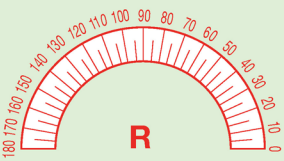
Menge und Art der Verordnung:

Diagnose/Begründung:

		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand
F	R			°			
	L			°			
N	R			°			
	L			°			

Kostenrechnung des Leistungserbringers

10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro
Rechnungsbetrag	



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

MUSTER

Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

Ich erkläre, ☐ dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe

☐ dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist

Datum	Unterschrift des Versicherten

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

☐ in Höhe des geltenden Festbetrages

☐ in Höhe von Euro

Datum	Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

Empfangsbestätigung

_____ Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen

Sonstiges: _____

Datum	Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)

MUSTER

Bescheinigung des Leistungserbringers

Die Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst.
Ich versichere, dass die gelieferte Sehhilfe der Verordnung entspricht.

Datum	Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Zur Beachtung für den Versicherten

Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag.
Die **Lieferung anderer Ware** anstelle der verordneten Sehhilfen ist **nicht gestattet.**