

Anhang 1 zur Anlage 1 – PG 25 Sehhilfen - Berechtigungsschein

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der / des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Augenoptiker-IK	VK gültig bis	Datum

Berechtigungsschein

Anspruch besteht nur, wenn eine Mitgliedschaft besteht
und die Versicherungskarte vorgelegt wird

Rechnungsnummer

Belegnummer

☐ Unfall / Unfallfolgen ☐ Arbeitsunfall ☐ Versorgungsleiden

I. Erklärung des Augenoptikers:

Die Prüfung der Sehschärfe ergab ☐ eine Veränderung von mindestens 0,5 dpt
oder ☐ eine Verbesserung von mindestens 0,2 LogMAR (2 Visus-Stufen)

☐ Aufgrund der Augenglasbestimmung ist / sind
_____ Glas / Gläser _____ Kontaktlinse(n)
erforderlich

☐ Folgeversorgung wegen Verschleiß / Verlust
(keine Sehstärkenänderung)
_____ Glas / Gläser _____ Kontaktlinse(n)

Kontaktlinse(n):

☐ Nachlieferung innerhalb von 6 Monaten

☐ Kontrolle und aufarbeiten bzw. Intensivreinigung
der Kontaktlinse

Sonstiges: _____

								Kostenabrechnung des Augenoptikers		
		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitel- abstand	7- / 10-stellige Hilfsmittel- positionsnummer	Faktor	Betrag EUR
F	R									
	L									
N	R									
	L									
Stempel des Augenoptikers					Datum / Unterschrift des Augen- optikermeisters			Rechnungsbetrag		

II. Erklärung und Empfangsbestätigung der / des Versicherten:

Ich bin bei der benannten Krankenkasse versichert und habe meine Versichertenkarte vorgelegt.

Brillenglasbestimmung durchgeführt ☐ ja ☐ nein _____ Glas / Gläser _____ Kontaktlinse(n)

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift der / des Versicherten
