

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

Dokumentation über die Beratung/
Mehrkostenerklärung des Versicherten

Name, Adresse, IK Leistungserbringer

Ich wurde über die für meine konkrete Versorgungssituation geeigneten aufzahlungsfrei angebotenen Versorgungsmöglichkeiten mit Sehhilfen informiert und beraten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

.....

☐ Ich habe mich für eine aufzahlungspflichtige Versorgung entschieden und bin bereit die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen.

Die von mir persönlich zu tragende Aufzahlung ist insbesondere bestimmt durch:
Bitte die mehrkostenauslösenden Wunschleistungen ankreuzen bzw. erläutern.
Die Brillenfassung ist keine Leistung der GKV, daher sind hierzu keine Angaben nötig.

Brillengläser

- ☐ Entspiegelung
- ☐ Oberflächenhärtung
- ☐ höherwertiges Material
- ☐ Tönung (Filter/Phototrop)
- ☐ höherwertiges Glasdesign

Kontaktlinsen

- ☐ Multifokallinsen
- ☐ farbige Ausführung
- ☐ mit Filter
- ☐ Maßanfertigung auf Kundenwunsch

vergrößernde Sehhilfe

- Optische Systeme
- ☐ Weitwinkel/größeres Blickfeld
 - ☐ Multifunktionale Beleuchtung
 - ☐ Standlupe mit Akku-Betrieb
- elektronische Systeme
- ☐ Neigbares Display

☐ Sonstiges: _____

Die Summe der Mehrkosten beträgt: _____ €

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten