Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname 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(n)

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 Augenoptikermeisters			Rechnungsbetrag		

II. Erklärung und Empfangsbestätigung 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 des Versicherten

© Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen