

unmittelbare Verordnung

Versichertendaten	Name Patient:		
	VSNR:	Kostenträger:	Kostenanteilsbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Anschrift:		
	Name Versicherter:		VSNR:

Versorgung, Messung und Verrechnung	<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													
	Augenfacharzttermin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Termin am: Name des Arztes:													
	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: autorisierter Augenoptikermeister*in autorisierter Kontaktlinsenoptiker*in		Art des Sehbehelfes: <input type="checkbox"/> Ferne <input type="checkbox"/> Nähe <input type="checkbox"/> Mehrstärken <input type="checkbox"/> Visus _{cc} : <input type="checkbox"/> Sonderanfertigung inkl. Begründung:											
		sphärisch cylindrisch Achse Tabo	Verrechnung											
	Ferme	R	Anzahl	Positionsnummer	Betrag in Euro									
		L												
	Nähe	R												
		L												
Anmerkungen:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Gesamtbetrag netto</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">+20% UST</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Gesamtbetrag brutto</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">-Selbstbehalt</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Kassenleistung brutto</td> <td></td> </tr> </table>			Gesamtbetrag netto		+20% UST		Gesamtbetrag brutto		-Selbstbehalt		Kassenleistung brutto	
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 wurde vom autorisierten Augenoptikermeister / Kontaktlinsenoptiker aufgeklärt, dass zeitnah ein Augenfacharzttermin zur medizinischen Kontrolle zu vereinbaren ist bzw., auch wenn keine Probleme auftreten, einmal pro Jahr eine medizinische Kontrolle durchgeführt werden soll.	
_____ Empfangsdatum	_____ Unterschrift Versicherte/Versicherter

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