

BGKK

Verordnungsschein

(für Sehbehelfe)

<p>PATIENT Familienname Vorname</p> <p style="text-align: right;">Versicherungs Nr.</p> <p>Wohnanschrift</p> <p>VERSICHERTER Familienname Vorname</p> <p style="text-align: right;">Versicherungs Nr.</p> <p>Dienstgeber</p> <p><input type="checkbox"/> Rezeptgebührenbefreiung Kostenanteilsbefreiung</p>	<p>Sehbehelf:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th colspan="2"></th><th>sphärisch</th><th>cylindrisch</th><th>Achse Tabo</th></tr></thead><tbody><tr><th rowspan="2">Ferme</th><th>R</th><td></td><td></td><td></td></tr><tr><th>L</th><td></td><td></td><td></td></tr><tr><th rowspan="2">Nähe</th><th>R</th><td></td><td></td><td></td></tr><tr><th>L</th><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>Pupillardistanz _____ mm HSA _____ mm</p>			sphärisch	cylindrisch	Achse Tabo	Ferme	R				L				Nähe	R				L			
		sphärisch	cylindrisch	Achse Tabo																				
Ferme	R																							
	L																							
Nähe	R																							
	L																							
	Art des Sehbehelfes:																							
	Diagnose/med.Begründung:																							
Datum, Arztstempel und Unterschrift der/des ausstellenden Ärztin/Arztes																								
<p>Die Kasse übernimmt:</p>	<p>Vertragspartnernr. _____ Filialnr. _____</p> <p>Verrechnung der Lieferfirma</p> <table style="width: 100%;"><thead><tr><th style="width: 30%;">Anzahl</th><th style="width: 40%;">Artikel Nr</th><th style="width: 30%;">Betrag in Euro</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Anzahl	Artikel Nr	Betrag in Euro																				
Anzahl	Artikel Nr	Betrag in Euro																						
<p>Stellungnahme des Chefarztes</p>	<table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 60%;"></td><td style="width: 40%;"><p>Gesamtbetrag _____</p><p>- Selbstbehalt _____</p><p>Kassenleistung _____</p><p>+ _____%Ust. _____</p><p>Forderungsbetrag _____</p></td></tr></table>		<p>Gesamtbetrag _____</p> <p>- Selbstbehalt _____</p> <p>Kassenleistung _____</p> <p>+ _____%Ust. _____</p> <p>Forderungsbetrag _____</p>																					
	<p>Gesamtbetrag _____</p> <p>- Selbstbehalt _____</p> <p>Kassenleistung _____</p> <p>+ _____%Ust. _____</p> <p>Forderungsbetrag _____</p>																							
<p>Der ordnungsgemäße Empfang wird vom Versicherten bestätigt:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Datum, Unterschrift der/des Versicherten</p>																								