

BGKK

Verordnungsschein

(für Sehbehelfe)

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