

AOK		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Ackermann		27.08.1966
Anja		
Steinbeisstraße 6		
71229 Leonberg		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
1234567	123456789	1
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum
645512344	09.2012	12.06.2006

Berechtigungsschein für Sehhilfen

bs-fn-hessen.pdf

☐ Unfall/Unfallfolgen

☐ Arbeitsunfall

☐ Versorgungsleiden (BVG)

Anspruchsvoraussetzungen nach § 33 Abs. 4 Satz 2 SGB V liegen vor:

Ja ☐

Nein ☐

Die erbrachte Leistung errechnet sich aus folgenden Positionen:

		sphärisch	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Abr. Pos-Nr.	Betrag
F	R	-2,25	-0,75	0			25.21.03.0900	7,67
	L	-2,25	-0,75	0			25.21.03.0900	7,67
N	R	+2,00	-0,75	0			25.21.03.0900	7,67
	L	+2,00	-0,75	0			25.21.03.0900	7,67
							25.99.99.0001	3,72
							25.99.99.0001	3,72
								38,12

Firmenstempel

Datum/Unterschrift
des Augenoptikmeisters

☐ Kontaktlinse

☐ harte

☐ weiche

☐ Nachlieferung innerhalb von 6 Monaten

☐ Nachkontrolle mit Aufarbeiten

Erklärung und Empfangsbestätigung des Versicherten:

Ich habe meine Versicherungskarte vorgelegt und bin bei dieser Krankenkasse versichert und habe die o.a. Leistungen erhalten:

☐ Die Augenglasbestimmung ergab neue Werte und ich habe neue Glas/Gläser

☐ Ersatzbeschaffung durch

☐ Verlust bzw.

☐ Beschädigung meiner Gläser

☐ Ich habe zu meiner Versorgung anstelle von einem Glas/Gläsern Kontaktlinsen

Datum: _____

Unterschrift: _____