

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

Berechtigungsschein für Sehhilfen
IK des Leistungserbringers
645512344

bs-a5.hed

☐ 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 | | | | | | | |
| | L | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 15,34 |

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 erhalten

☐ Ersatzbeschaffung durch
 ☐ Verlust bzw.
 ☐ Beschädigung meiner Gläser

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

Datum: _____

Unterschrift: _____