

## Berechtigungsschein für Sehhilfen

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

☐ 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
<b>F</b>	<b>R</b>	-2,25	-0,75	0			25.21.03.0900	7,67
	<b>L</b>	-2,25	-0,75	0			25.21.03.0900	7,67
<b>N</b>	<b>R</b>	+2,00	-0,75	0			25.21.03.0900	7,67
	<b>L</b>	+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: \_\_\_\_\_