

## Berechtigungsschein für Sehhilfen

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

☐ Ersatzbeschaffung durch ☐ Verlust bzw. ☐ Beschädigung meiner Gläser

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_