

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>AOK</b>				<b>Sehhilfenverordnung 8</b>																																																								
Name, Vorname des Versicherten <b>Markert, Sandra</b> <b>Weinstr. 5</b> <b>99988 Unterbach</b>				IK des Leistungserbringers <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Rechnungsnummer <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 15px;"></div>																																																								
geb. am <b>25.01.2005</b>				Belegnummer <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px;"></div>																																																								
Kostenträgerkennung <b>8017779</b>		Versicherten-Nr. <b>M771552331</b>		Status <b>3</b>																																																								
Betriebsstätten-Nr. <b>619520400</b>		Arzt-Nr. <b>01/6125259</b>		Datum <b>08.02</b>																																																								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Befund:</b> Änderung um mindestens 0,5 Dioptrien  <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein             Wenn nein, wird eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20 % erzielt?  <input type="checkbox"/> ja         </div> <div>           Erstversorgung <input type="checkbox"/> Folgeversorgung <input checked="" type="checkbox"/>             Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG) <input type="checkbox"/>             Sehbehinderung mindestens WHO 1 <input type="checkbox"/>             Reparatur <input type="checkbox"/> Ersatz <input type="checkbox"/> </div> </div>																																																												
<b>Menge und Art der Verordnung: 2 mineralische Einstärkengläser</b>																																																												
<b>Diagnose/Begründung: Myopie (Kurzsichtigkeit)</b>																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sphäre</th> <th>Zylinder</th> <th>Achse</th> <th>Prisma</th> <th>Basis</th> <th>Scheitelabstand</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">F</td> <td>R - 5,75</td> <td>+ 1,75</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L - 4,75</td> <td>+ 3,75</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">N</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand	F	R - 5,75	+ 1,75					L - 4,75	+ 3,75					N	R						L						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">Kostenrechnung des Leistungserbringers</th> </tr> <tr> <th style="width: 70%; padding: 5px;">10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer</th> <th style="width: 30%; padding: 5px;">Betrag Euro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Rechnungsbetrag</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kostenrechnung des Leistungserbringers		10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro															Rechnungsbetrag	
	Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand																																																						
F	R - 5,75	+ 1,75																																																										
	L - 4,75	+ 3,75																																																										
N	R																																																											
	L																																																											
Kostenrechnung des Leistungserbringers																																																												
10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro																																																											
Rechnungsbetrag																																																												
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 2em; margin: 0;">R</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 2em; margin: 0;">L</p> </div> </div>																																																												
<div style="text-align: center;"> <b>Dr. A. Schenkel</b>  <b>Augenarzt</b>  <b>Siemensstr. 25</b>  <b>99988 Unterbach</b>  <b>Tel. 09999 9998-0</b>  <b>Fax. 09999 9998-50</b> </div> <div style="margin-top: 10px;"> </div>																																																												
Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes																																																												