



## Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

Ich erkläre,  dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe  
 dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist

Datum

Unterschrift des Versicherten

## Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

in Höhe des geltenden Festbetrages

in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

## Empfangsbestätigung

\_\_\_\_\_ Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)

## Bescheinigung des Leistungserbringers

Die Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst.  
Ich versichere, dass die gelieferte Sehhilfe der Verordnung entspricht.

Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

## Zur Beachtung für den Versicherten

Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag.  
Die **Lieferung anderer Ware** anstelle der verordneten Sehhilfen ist **nicht gestattet**.