

Ärztliche Zuweisung

Für das Mitglied

geb.:

Pers.Nr.

den Angehörigen

geb.:

Zuweisung an:

Erbeten wird:

.....
Datum, Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes

Verordnung bzw. Antrag

Vermerke

		sphärisch	zylindrisch	Tabo-Achse
Ferne	R			°
	L			°
Nähe	R			°
	L			°

Biofokal

Stargläser

Trifokal

Vorhänger

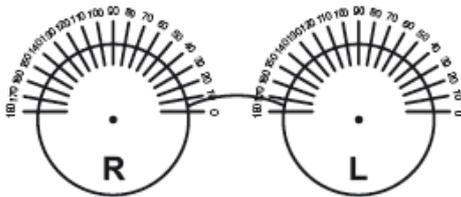
Abrechnung der Lieferfirma

Pos.-Nr. €

Pos.-Nr. €

Pos.-Nr. €

Pos.-Nr. €



Hornhautscheitel-
abstand mm

Pupillardistanz mm

.....
Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift der Vertragsfirma

Ich bestätige den ordnungsgemäßen Empfang des obigen Behelfs. Es handelt sich um kein Doppelstück im Sinne der Krankenordnung der KFA.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Empfängers