



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Ausfüllhilfe Muster 8A (Verordnung einer vergrößernden Sehhilfe)

Freigabe 01.09.2014

Verordnung von 8A vergrößernden Sehhilfen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Name, Vorname des Versicherten		geb. am
		P		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

Befund:

Bestkorrigierter Fernvisus rechts Bestkorrigierter Fernvisus links

Sehbehinderung mindestens WHO 1 mit Brille Kontaktlinsen

Erstversorgung Folgeversorgung

Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

Vergrößerungsbedarf fach

Reparatur Ersatz

Menge und Art der Verordnung:

Diagnose/Begründung:

							Kostenrechnung des Leistungserbringers		
		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand	10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro
F	R			°					
	L			°					
N	R			°				O	
	L			°					
Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes									
								Rechnungsbetrag	

Muster 8A (10.2014)

3

5

6

7

8

1
2
3
4

Die Verordnung von vergrößernden Sehhilfen darf nur von Fachärzten für Augenheilkunde vorgenommen werden, die in der Lage sind, selbst die Notwendigkeit und Art der benötigten Sehhilfe zu bestimmen, ggf. in Zusammenarbeit mit entsprechend ausgestatteten Augenoptikern.

Es können optisch und elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe und für die Ferne verordnet werden, s. § 16 der Hilfsmittel-Richtlinie.

Nicht verordnungsfähig sind:

- Fernrohrlupenbrillensysteme (z. B. nach Galilei, Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne,
- separate Lichtquellen (z. B. zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung des Lesegutes),
- Fresnellinsen aller Art

(s. § 16, Abs. 6 der Hilfsmittel-Richtlinie)

Die Hilfsmittel-Richtlinie kann auf der Website des G-BA (www.g-ba.de) unter Richtlinien eingesehen werden.

P Patientenfeld

- Angabe der Krankenkasse des Patienten oder des Unfallversicherungsträgers
- Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum des Patienten
- Krankenkassennummer der Krankenkasse des Patienten – die Angabe muss bei einem Arbeitsunfall gestrichen werden bzw. entfallen
- Versichertennummer des Patienten
- Versichertenstatus des Patienten
- die Betriebsstätten-Nummer (BSNR)
- die Lebenslange Arztnummer (LANR) des verschreibenden Arztes
- das Ausstellungsdatum

Hier ist Zutreffendes anzukreuzen bzw. einzutragen:

- 1** ob es sich um eine **Erst-oder Folgeversorgung** handelt
- 2** ob die Verordnung aufgrund eines **Unfalls, Unfallfolgen** oder eines **Versorgungsleidens** notwendig ist
- 3** ob eine **Sehbehinderung** mindestens der Stufe 1 WHO-Klassifikation vorliegt, und der Wert des **bestkorrigierten Fernvisus mit Brille und/oder Kontaktlinsen** sowie der benötigte **Vergrößerungsbedarf** sind einzutragen
- 4** ob es sich um eine **Reparatur oder Ersatzversorgung** handelt
- 5** Hier ist die **Menge und Art** der Verordnung mit genauer Bezeichnung (z.B. elektronisch vergrößernde Lupe) einzutragen.
- 6** Hier ist die **Diagnose** und bei einer binocularen Versorgung auch eine Begründung zur Notwendigkeit dieser anzugeben.
- 7** Angabe der Ergebnisse der Augenmessung

- 8** **Vertragsarztstempel** oder entsprechender Aufdruck und eigenhändige **Unterschrift des Arztes**. Sofern durch den Vertragsarztstempel nicht ersichtlich, ist auch der Name und die Berufsbezeichnung des verschreibenden Arztes anzugeben.
- 0** Diese Felder werden vom **Leistungserbringer** ausgefüllt.

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

_____ vergrößernde Sehhilfen



Datum

Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)

Bescheinigung des Leistungserbringers

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

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers



Verbindliches Muster

Datum

Freigabe 01.09.2014

Zur Beachtung für den Versicherten

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

V Diese Felder werden vom **Versicherten** ausgefüllt:

- Bei Erstversorgung oder Verlust der vergrößernden Sehhilfe.
- Bei Erhalt der vergrößernden Sehhilfe ist der Empfang zu bestätigen.

K Dieses Feld wird von der **Krankenkasse** ausgefüllt.