

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Augenoptiker-IK	VK gültig bis	Datum

## Dokumentation über die Beratung/ Mehrkostenerklärung des Versicherten

Name, Adresse, IK Leistungserbringer

**Ich wurde über die für meine konkrete Versorgungssituation geeigneten aufzahlungsfrei angebotenen Versorgungsmöglichkeiten mit Brillengläsern informiert und beraten.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

**Ich habe mich für eine aufzahlungspflichtige Versorgung entschieden und bin bereit die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen.**

**Die von mir persönlich zu tragende Aufzahlung ist insbesondere bestimmt durch:**

*Bitte die aufzahlungsauslösenden Wunschleistungen ankreuzen bzw. erläutern.*

*Die Brillenfassung ist keine Leistung der GKV, daher sind hierzu keine Angaben nötig.*

Entspiegelung

Härtung

höherwertiges Material

optimiertes Glasdesign

höherwertiges Gleitsichtglas

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

Die Summe der Mehrkosten beträgt: \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten