

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