

**Dokumentation Ende der Teilnahme**

An

**Caterna Vision GmbH**  
 David-Gilly-Straße 1  
 14469 Potsdam

Verordnet durch:

**Praxis:**

Praxis-Stempel

**Institutskennzeichen:** \_\_\_\_\_

**LANR Nummer:** \_\_\_\_\_

**Betriebsstättennummer:** \_\_\_\_\_

**VERTRAG SPIELEND BESSER SEHEN! – DOKUMENTATION ZUM ENDE DER TEILNAHME -  
 (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

Bitte senden Sie diese Dokumentation, am Ende der Teilnahme, an folgende  
 Faxnummer: **(0331) 86 75 08 – 99**  
 oder per Post an **Caterna Vision GmbH, David-Gilly-Straße 1, 14469 Potsdam**

**Erforderliche Daten nach der webbasierten Stimulationstherapie**

Vorname Patient/in: \_\_\_\_\_ Nachname Patient/in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ eGK: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Refraktion (inkl. Vorzeichen)	Stimuliertes Auge	Visus	sph	cyl	ax
RA					
LA					

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

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes, Praxisstempel