

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

AOK-Priomed Online Sehschule - Dokumentation – Ende der Teilnahme – Anlage 2e

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Erforderliche Daten zur Bereitstellung / Einstellung der webbasierten Stimulationstherapie						
Patient: (Name, Vorname)					Geburtsdatum: (tt.mm.jjjj)	
E-Mail:				Telefon:		
Analog zur Anlage 2d- Verordnung- ausfüllen						
Refraktion (inkl. Vorzeichen)	Stimuliertes Auge	<input type="checkbox"/> Nahvisus (Winkelminuten)	<input type="checkbox"/> Fernvisus (Winkelminuten)	sph	cyl	ax
RA						
LA						

Bei Fragen können Sie gern die Caterna Vision GmbH kontaktieren:

Telefon: 0331 - 867508-88

Bitte an folgende Adresse senden:

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

oder Fax **0331 – 867508-99**

Die Verordnung ist nur mit Vorlage der Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Versicherten (Anl. 2a) gültig.

Stempel / Unterschrift

Ort, Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Institutionskennzeichen (falls vorhanden)