

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



## BARMER „Digitales Augentraining für Kinder“ webbasierte Stimulationstherapie Dokumentation - Ende der Teilnahme – Anhang E\*

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
<b>RA</b>						
<b>LA</b>						

\*Diese Dokumentation ist für teilnehmende Augenärztinnen und Augenärzte nach Abschluss der Behandlung optional. Mit dieser tragen Sie zur Evaluation von Therapieergebnissen und somit auch zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Online-Sehschule bei. Eine Nichtberücksichtigung hat keine Auswirkung auf Ihren Vergütungsanspruch.

Bei Fragen können Sie gern die Caterna Vision GmbH kontaktieren: **Telefon: 0331 - 867508-88**

Bitte nach Abschluss der Behandlung an folgende Adresse senden:  
**Caterna Vision GmbH, David-Gilly-Straße 1, 14469 Potsdam**  
oder **Fax 0331 – 867508-99**

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

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

Institutionskennzeichen (falls vorhanden)

Stempel / Unterschrift