

Verordnung Beginn der Teilnahme

An

Caterna Vision GmbH
 David-Gilly-Straße 1
 14469 Potsdam

Praxis-Stempel

Verordnet durch:

Praxis:

Institutskennzeichen: _____

LANR Nummer: _____

Betriebsstättennummer: _____

VERTRAG SPIELEND BESSER SEHEN! – VERORDNUNG ZU BEGINN DER TEILNAHME -
(ERST NACH ERFOLGTER EINSCHREIBUNG DES VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN, SONST
UNGÜLTIG / Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

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

Erforderliche Daten zur Bereitstellung / Einstellung der webbasierten Stimulationstherapie

Vorname Patient/in: _____ Nachname Patient/in: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ eGK: _____

Krankenkasse: _____

Tel.-Nr. Patient/Versicherter: _____

Freischaltung zum: _____

Angabe des Stimulationsschemas (S1, R1, S2, R2, S3 oder R3):

Visus	Typ	Stimulationsschema
< 0,39	Schielen o.a. Ursachen	S1 <input type="checkbox"/>
	Refraktionsamblyopie *	R1 <input type="checkbox"/>
0,4 – 0,69	Schielen o.a. Ursachen	S2 <input type="checkbox"/>
	Refraktionsamblyopie *	R2 <input type="checkbox"/>
> 0,7	Schielen o.a. Ursachen	S3 <input type="checkbox"/>
	Refraktionsamblyopie *	R3 <input type="checkbox"/>

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

Ich bestätige, dass die gesicherte Diagnose Amblyopie vorliegt und die unterzeichnete Anlage 2a (Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte) des Versicherten an die CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH gesendet wurde.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Arztes, Praxisstempel