



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

## Ausfüllhilfe Muster 8 (Verordnung einer Sehhilfe)

**Freigabe 01.09.2014**

### Sehhilfenverordnung 8

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
		<b>P</b>			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			

**Befund:** Änderung um mindestens 0,5 Dioptrien ja  nein

Wenn nein, wird eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20% erzielt? ja  **1**

IK des Leistungserbringers  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Rechnungsnummer **O**  
[ ] [ ]

Belegnummer  
[ ] [ ]

Erstversorgung  Folgeversorgung  **2**

Unfall, Unfallfolgen  Versorgungsleiden (BVG)  **3**

Sehbehinderung mindestens WHO 1  **4**

Reparatur  Ersatz  **5**

**Menge und Art der Verordnung:**

Diagnose/Begründung:

							Kostenrechnung des Leistungserbringers		
		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitelabstand	10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer	Betrag Euro
<b>F</b>	<b>R</b>			°				[ ] [ ]	
	<b>L</b>			°				[ ] [ ]	
<b>N</b>	<b>R</b>			°				<b>O</b> [ ]	
	<b>L</b>			°				[ ] [ ]	
								<b>Rechnungsbetrag</b>	

**R**

**L**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 8 (10.2014)

**6** →

**7** →

**8** →

**9** →

Die Verordnungsfähigkeit von Sehhilfen wird in Abschnitt B der Hilfsmittelrichtlinie (HilfsM-RL) geregelt.

Die Verordnung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe und therapeutischer Sehhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung kann nur durch einen Facharzt für Augenheilkunde basierend auf seiner Untersuchung erfolgen. Ausnahmen s. § 12 Abs. 3 der Hilfsmittel-Richtlinie. Die Indikationen für die Verordnung einer Sehhilfe zur Verbesserung der Sehschärfe und die Art der Sehhilfe ist in den §§ 12, 13-16 HilfsM-RL aufgeführt, die Verordnungsfähigkeit für eine therapeutische Sehhilfe in § 17 HilfsM-RL.

Die Hilfsmittel-Richtlinie kann auf der Website des G-BA ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) unter Richtlinien eingesehen werden.

#### **P** Patientenfeld

- Angabe der Krankenkasse des Patienten oder des Unfallversicherungsträgers
- Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum des Patienten
- Krankenkassennummer der Krankenkasse des Patienten – die Angabe muss bei einem Arbeitsunfall gestrichen werden bzw. entfallen
- Versichertennummer des Patienten
- Versichertenstatus des Patienten
- die Betriebsstätten-Nummer (BSNR)
- die Lebenslange Arztnummer (LANR) des verschreibenden Arztes
- das Ausstellungsdatum

Hier ist Zutreffendes anzukreuzen bzw. einzutragen:

#### **1** Befund /Änderungen der Dioptrien

#### **2** Erst- oder Folgeversorgung.

**3** ob die Sehhilfe aufgrund eines **Unfalls, Unfallfolgen** oder eines **Versorgungsleidens** (BVG) notwendig ist

**4** ob eine **Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 WHO-Klassifikation** vorliegt

Dieses Feld ist nicht anzukreuzen, wenn es sich um eine Verordnung für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres handelt oder um eine Verordnung über eine therapeutische Sehhilfe.

**5** ob es sich um eine **Reparatur** oder einen **Ersatz** handelt

#### **6** Menge und Art der Verordnung

Ebenso werden hier die Angaben zu besonderen Gläsern/Sehhilfen/Kontaktlinsen eingetragen. Die genaue Bezeichnung (z. B. Bifokal-, Lichtschutz-, Kunststoffgläser) ist erforderlich.

**7** Angabe der **Diagnose**

Bei Verordnung einer therapeutischen Sehhilfe ist die Indikation und eine Begründung für die Art der Sehhilfe anzugeben (z. B. Lichtschutzgläser bei Aniridie). Bei Keratonus sind zusätzlich mindestens die zentralen Hornhautradien einzutragen.

**8** **Untersuchungswerte**

**9** **Vertragsarztstempel** oder entsprechender Aufdruck und eigenhändige **Unterschrift des Arztes**. Sofern durch den Vertragsarztstempel nicht ersichtlich, ist auch der Name und die Berufsbezeichnung des verschreibenden Arztes anzugeben.

**0** Diese Felder werden vom **Leistungserbringer** ausgefüllt.

### Erklärung des Versicherten (bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe)

Ich erkläre,  dass ich bisher noch keine Sehhilfe gehabt habe  
 dass meine bisherige Sehhilfe verlorengegangen ist

Datum	Unterschrift des Versicherten 
-------	---

### Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

in Höhe des geltenden Festbetrages  
 in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift



**Verbindliches Muster**

### Empfangsbestätigung

\_\_\_\_\_ Glas / Gläser bzw. Kontaktlinsen



Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum	Unterschrift des Empfängers (Vor- und Zuname)
-------	---

### Bescheinigung des Leistungserbringers

Die Sehhilfe wurde gemäß vorstehender Empfangsbestätigung abgegeben und angepasst.  
Ich versichere, dass die gelieferte Sehhilfe der Verordnung entspricht.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers




Datum

**Freigabe 01.09.2014**

### Zur Beachtung für den Versicherten

Diese Verordnung ist kein Gutschein für einen bestimmten Betrag.  
Die **Lieferung anderer Ware** anstelle der verordneten Sehhilfen ist **nicht gestattet**.

 Diese Felder werden vom **Versicherten** ausgefüllt:

- Bei Erstversorgung oder Verlust der Sehhilfe
- Nach Erhalt die Empfangsbestätigung

**K** Dieses Feld wird von der **Krankenkasse** ausgefüllt.