

Beitritts- und Anerkennniserklärung

zum Vertrag zwischen vdek und ZVA vom 1. September 2024

Leistungserbringer/ in

Name: _____

Straße Hausnummer: _____

PLZ Ort: _____

Institutionskennzeichen (IK): _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Innungs-Mitgliedsnummer: _____

1. Hiermit trete ich nach § 127 Abs. 2 SGB V als präqualifizierter Leistungserbringer dem **Vertrag über die Versorgung mit Sehhilfen durch Augenoptiker gemäß § 127 Abs. 1 SGB V vom 1. September 2024** zu folgenden Versorgungsbereichen bei:

zutreffendes bitte ankreuzen

- Brillengläser LEGS 12 00 001
 Kontaktlinsen LEGS 12 00 002
 vergrößernde Sehhilfen LEGS 12 00 003

Die entsprechend notwendige Präqualifizierung ist durch **Beifügung der PQ-Bestätigung** nachzuweisen

- Die Betreuung des PQ-Verfahrens erfolgte durch die AOS Augenoptiker Service GmbH. Die PQ-Bestätigung liegt daher bereits vor und ist nicht beigelegt.
 Die PQ-Bestätigung ist beigelegt

2. Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen habe ich erhalten und lasse den Vertrag in seiner Gesamtheit gegen mich gelten. Als Vertragspartner erkläre ich mich bereit, die sich für mich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

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

Berechtigungsschein

Anspruch besteht nur, wenn eine Mitgliedschaft besteht und die Versicherungskarte vorgelegt wird.

Rechnungsnummer

Belegnummer

Unfall/Unfallfolgen Arbeitsunfall Versorgungsleiden Defekt Verlust

I. Erklärung des Augenoptikers:

Die Prüfung der Sehschärfe ergab eine Veränderung von mindestens 0,5 dpt oder
 eine Verbesserung von mindestens 0,2 LogMAR (2 Visus-Stufen)

Erstversorgung (VWK* 00) (nur bei Wechsel der Produktart) Nachlieferung (VWK* 04) (gleiche Parameter/nach 6 Monaten) Folgeversorgung (VWK* 10) (neue Parameter)

Ersatzbeschaffung (VWK* 11) (gleiche Parameter) im Zeitraum bis 3 Monate 4. bis 6. Monat Kontrolle und Aufarbeiten KL (VWK* 14)

Sonstiges: _____

		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitel- abstand	10-stellige Hilfsmittel- positionsnummer	VWK*	Betrag € Netto	Betrag € Brutto
F	R										
	L										
N	R										
	L										
								Rechnungsbetrag			
								Gesetzliche Zuzahlung (brutto)			
								Rechnungsbetrag Krankenkasse			
Stempel des Augenoptikers						Datum/Unterschrift des Augenoptikermeisters					

*VWK = Verwendungskennzeichen/Kennzeichen Hilfsmittel lt. Vertrag

II. Erklärung und Empfangsbestätigung des Versicherten:

Es wurde mir bereits eine Sehhilfe nach dem 01.04.2017 augenärztlich verordnet.

Brillenglasbestimmung durchgeführt Ja Nein abgegeben wurden: _____ Glas/Gläser _____ Kontaktlinsen

Ich bin bei der benannten Krankenkasse versichert und habe meine Versichertenkarte vorgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Beiblatt zum Kostenvoranschlag

für Einstärken-Kontaktlinsen außerhalb des Festbetrages (FB)

Bitte füllen Sie das Beiblatt zum Kostenvoranschlag vollständig aus.

Name, Vorname des Versicherten	
Krankenversicherungsnummer	

Brillen-Refraktionswerte

Ferne	Sphäre	Zylinder	Achse	Visus
Rechts				
Links				
Add.				

Therapeutische Indikation

Rechte Seite

- Keratoplastik/Hornhauttransplantation
vor weniger als 6 Monate
 6 – 24 Monate
 mehr als 24 Monate

Keratokonus: Rmin _____

Linke Seite

- Keratoplastik/Hornhauttransplantation
vor weniger als 6 Monate
 6 – 24 Monate
 mehr als 24 Monate

Keratokonus: Rmin _____

Versorgungsart

Rechte Seite

- Erstversorgung
- Ersatzbeschaffung
 Verschleiß Verlust Bruch
letzte Abgabe KL _____

- Folgeversorgung/Nachlieferung

letzte Versorgung am _____

- Dpt Änderung
 Änderung der Geometrie
Parameter: Radien
 Durchmesser
 Abflachung

Linke Seite

- Erstversorgung
- Ersatzbeschaffung
 Verschleiß Verlust Bruch
letzte Abgabe KL _____

- Folgeversorgung/Nachlieferung

letzte Versorgung am _____

- Dpt Änderung
 Änderung der Geometrie
Parameter: Radien
 Durchmesser
 Abflachung

Rezeptlinse

Überrefraktion über Messlinse / getragene Linse

Ferne	Sphäre	Zylinder	Achse	Visus
Rechts				
Links				

Rechte Seite

- nicht beantragt/keine Indikation
- Korneallinse
- Die Versorgung mit Korneallinsen konnte nicht durchgeführt werden, weil

Folgende Korneallinse wurde getestet:

Versorgung stattdessen mit:

- Weichlinse – Rhythmus:
 - Tageslinsen
 - Monatslinsen
 - Halbjahreslinsen
 - 2-Wochen-Linsen
 - 3-Monats-Linsen
 - Jahreslinsen
- Hybridlinse
- Huckepacksystem
- Skleral Durchmesser: _____

Linke Seite

- nicht beantragt/keine Indikation
- Korneallinse
- Die Versorgung mit Korneallinsen konnte nicht durchgeführt werden, weil

Folgende Korneallinse wurde getestet:

Versorgung stattdessen mit:

- Weichlinse – Rhythmus:
 - Tageslinsen
 - Monatslinsen
 - Halbjahreslinsen
 - 2-Wochen-Linsen
 - 3-Monats-Linsen
 - Jahreslinsen
- Hybridlinse
- Huckepacksystem
- Skleral Durchmesser: _____

Rezeptlinse

- Rückfläche: rotationssymmetrisch
 torisch
 unsymmetrisch/quadrantendifferent
- Vorderfläche: rotationssymmetrisch
 torisch

Rezeptlinse

- Rückfläche: rotationssymmetrisch
 torisch
 unsymmetrisch/quadrantendifferent
- Vorderfläche: rotationssymmetrisch
 torisch

(ggf.) Besonderheiten: _____

Ort, Datum

Unterschrift Leistungserbringer