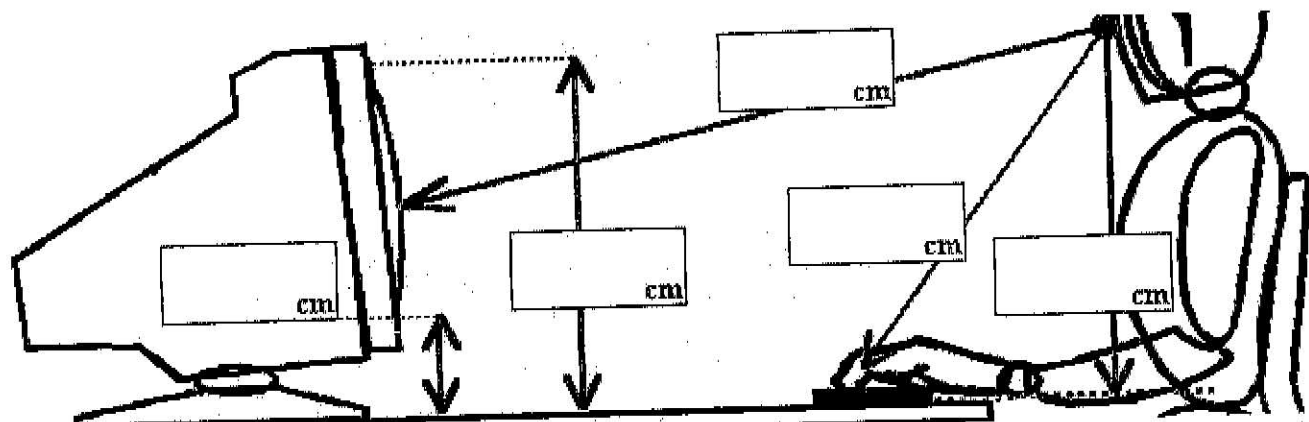


Bestellschein für die Lieferung von Sehhilfen und Ersatzteilen sowie Reparaturen

Name, Vorname der / des Beschäftigten	Dienststelle des Bundes	Erstattungsstelle
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ Ort		

1. Von der/dem Beschäftigten bzw. der Dienststelle auszufüllen (nur bei Bildschirmbrille)



Es handelt sich um einen Bildschirmarbeitsplatz mit / ohne Lese- bzw. Schreibtätigkeit im Nahbereich,
 mit / ohne Publikumsverkehr.

Ausfüllen nur bei Arbeitsplatz mit Publikumsverkehr

Entfernung Auge - Tür:m, Auge-Tresen:m, Auge-Besucher-Sitzplatz:m.

Bildschirmdiagonalecm.

Der Arbeitsplatz wurde vor der Ausmessung ergonomisch eingerichtet.

Datum: _____ Name: _____ Unterschrift: _____

2. Nur von der Betriebsärztin /dem Betriebsarzt auszufüllen

Ärztlicherseits ist die Beschaffung folgender Brille erforderlich:

Bildschirmbrille Sportbrille Schutzmaskenbrille Korrektionsschutzbrille

Brille, die nur der Korrektur einer normalen Sehschwäche dient (nicht erstattungsfähig)

Glas rechts Glas links Silikat Entspiegelung einfach

Monofokal Bifokal Trifokal Brillenbehälter aus Metall
 (nur bei Schutzmasken-, Sport- und Korrektionsschutzbrille)

Sonstige _____

Bemerkungen/ Begründung (ggf. gesonderte Erläuterungen beifügen):

Datum: _____ Stempel: _____ Unterschrift: _____

3. Von der Erstattungsstelle auszufüllen

Kostenzusage ja/ nein (nicht zutreffendes streichen)

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| für die | <input type="checkbox"/> Lieferung | <input type="checkbox"/> Reparatur | <input type="checkbox"/> Ersatz bei Bruch einer |
| <input type="checkbox"/> Bildschirmbrille | <input type="checkbox"/> Sportbrille | <input type="checkbox"/> Schutzmaskenbrille | <input type="checkbox"/> Korrektionschutzbrille |
| <input type="checkbox"/> Glas rechts | <input type="checkbox"/> Glas links | <input type="checkbox"/> Silikat | <input type="checkbox"/> Entspiegelung einfach |
| <input type="checkbox"/> Monofokal | <input type="checkbox"/> Bifokal | <input type="checkbox"/> Trifokal | <input type="checkbox"/> Brillenbehälter aus Metall
(nur bei Schutzmasken-, Sport-
und Korrektionschutzbrille) |

Sonstige _____

Die Kostenzusage gilt für die Sätze des zweiten Änderungsvertrages mit dem Zentralverband der Augenoptiker vom 25.2.2003.

(Datum)

(Unterschrift der Erstattungsstelle)

4. Refraktionsbestimmung durch Augenoptiker/in/Verordnung durch Augenarzt/Augenärztin

(Name und Anschrift)

		Sph	Cyl	Achse	Prisma	Basis	ADD	PD	
	R								
	L								
	R								
	L								

Die Abrechnung der Leistung durch die/den Augenoptikerin/Augenoptiker erfolgt gegenüber dem/der Beschäftigten nach den Sätzen des zweiten Änderungsvertrages mit dem Zentralverband der Augenoptiker vom 25.2.2003. In der Rechnung müssen alle Positionen einzeln aufgeführt sein. Auf Wunsch und auf Kosten des Beschäftigten können die unter 3. bewilligten Leistungen durch verbesserte Leistungen durch andere Leistungen (höherwertige Brillenfassung u.s.w.) ergänzt werden.

(Datum)

(Unterschrift)

5. Erstattungsstelle

Für die Leistungen wurde ein Betrag von.....€ erstattet.

z.d.A.