

## Anlage 11

### Augenoptikermeister(in)

#### AOM

Bitte geben Sie hier die IK-Nummer der Betriebsstätte sowie den Namen der Fachlichen Leitung an, damit die Anlage dem entsprechenden Antrag zugeordnet werden kann:

<b>IK-Nummer</b>	
<b>Name Fachliche Leitung</b>	

Bitte wählen Sie hier die gewünschten Versorgungsbereiche passend zu dem von Ihnen gestellten Antrag aus:

Versorgungsbereich		Bezeichnung	
PG07	<input type="checkbox"/>	07C/07CR <sup>1</sup>	Blindenhilfsmittel
PG25	<input type="checkbox"/>	25AR <sup>2</sup>	Gläser und Prismen, Sonstige Sehhilfen
	<input type="checkbox"/>	25BR	Schieltherapeutika
	<input type="checkbox"/>	25CR	Okklusionspflaster, Uhrglasverbände
	<input type="checkbox"/>	25DR	Kontaktlinsen
	<input type="checkbox"/>	25ER	Vergrößernde Sehhilfen, Leseständer
	<input type="checkbox"/>	25FR	Elektronisch vergrößernde Sehhilfen, Leseständer

Bitte wählen Sie hier aus, ob die Abgabe der Hilfsmittel in den Räumlichkeiten der Betriebsstätte und/oder mittels Außendienstesinsatz im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten erfolgt:

Angaben zu den Vertriebswegen	
Wir beabsichtigen die Hilfsmittel über folgende Vertriebswege abzugeben:	<input type="checkbox"/> aus unseren Räumlichkeiten
	<input type="checkbox"/> und/oder (soweit die VBs auch mobil versorgt werden dürfen!)
	<input type="checkbox"/> mobil, im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten

<sup>1</sup> R = räumliche Versorgung. Ein Geschäftslokal ist für die Abgabe des Hilfsmittels zwingend erforderlich. Ist der Versorgungsbereich nicht mit „R“ gekennzeichnet, findet die Versorgung im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten statt (mobile Versorgung).

<sup>2</sup> nicht mit Gleichwertiger Qualifikation zu versorgen