

## Anlage 47

### Kunstaugenhersteller(in)

#### KAH

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
PG36	<input type="checkbox"/>	36AR <sup>1</sup>	Augenprothesen aus Glas

---

Ort, Datum

Unterschrift Inhaber(in), Vertreter(in) des Unternehmens Firmenstempel

---

<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).