

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:

IK-Nummer	
Name Fachliche Leitung	

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

Versorgungsbereich			Bezeichnung
PG07	<input type="checkbox"/>	07C/07CR ¹	Blindenhilfsmittel
PG25	<input type="checkbox"/>	25AR ²	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
	und/oder (soweit die VBs auch mobil versorgt werden dürfen!)	
	<input type="checkbox"/>	mobil, im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten

Ort, Datum

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

¹ 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).

² nicht mit Gleichwertiger Qualifikation zu versorgen