

## Anlage 12

### Dipl.-Ing. Augenoptik

#### IAO

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"/>	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

<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