

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Personalnummer \_\_\_\_\_

Eine Beihilfefestsetzung für die von Ihnen vorgelegte Optikerrechnung kann erst erfolgen, wenn Sie uns eine detaillierte Aufschlüsselung der Kosten der Sehhilfe mit vorlegen.

Bitte reichen Sie die Rechnung des Optikers und ggf. die ärztliche Verordnung wieder mit ein.

<b>Preis / EUR für:</b>	<b>rechtes Glas</b>	<b>linkes Glas</b>
1. Weiße Silikatgläser (Einstärken/Bifokal)	EUR	EUR
<b>Aufpreis (Zuschlag) für:</b>		
2. Entspiegelung	EUR	EUR
3. Tönung/phototrope Gläser	EUR	EUR
4. Kunststoffgläser (auch hochbrechend)	EUR	EUR
5. Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser)	EUR	EUR
6. Härtung bzw. Hartbeschichtung	EUR	EUR
7. Prisma	EUR	EUR
8. Versicherung	EUR	EUR
9. Gleitsicht	EUR	EUR
10. Sonstiges	EUR	EUR
<b>Summe:</b>	EUR	EUR

.....  
 (Datum / Unterschrift / Stempel des Optikers)

Tel.: .....

