

_____ Beihilfeberechtigte(r) (Name, Vorname)	_____ Beihilfenummer
---	-------------------------

Bitte lassen Sie dieses Formular vom Augenoptiker/Augenoptikerin ausfüllen

Anlage zur Rechnung vom: _____ für: _____

Die beschafften Brillengläser haben folgende Eigenschaften: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bifokal
<input type="checkbox"/> Entspiegelung
<input type="checkbox"/> einfache Tönung (bis 50%)
<input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Trifokal
<input type="checkbox"/> höherbrechend
<input type="checkbox"/> Lichtschutz (über 50%)
<input type="checkbox"/> Dickenreduzierung | <input type="checkbox"/> Multifokal (Gleitsicht, Varilux)
<input type="checkbox"/> Härtung
<input type="checkbox"/> Colormatic, Umbramatic
<input type="checkbox"/> Einstärkengläser |
|---|--|---|

Grundpreis weißes Silikatglas (ohne Kunststoff, Gleitsicht, Tönung, Entspiegelung usw.)	R		€
	L		€
Mehrpreis für Multifokal (Gleitsicht, Varilux)	R		€
	L		€
Mehrpreis für Kunststoff	R		€
	L		€
Mehrpreis für einfache Entspiegelung	R		€
	L		€
Mehrpreis für Super Entspiegelung	R		€
	L		€
Mehrpreis für konstante Tönung oder Lichtschutz Preis für einfache Tönung: R _____ € L _____ €	R		€
	L		€
Mehrpreis für Selbsttönung, Umbramatic, Colormatic	R		€
	L		€
Mehrpreis für Härtung	R		€
	L		€
Mehrpreis für Dickenreduzierung / Höherbrechend	R		€
	L		€
Sonstiges	R		€
	L		€

Bisherige Werte vom

Neue Werte vom

		sph	cyl	Achse			sph	cyl	Achse
F	R				F	R			
	L					L			
N	R				N	R			
	L					L			

Gesamt: _____

 Unterschrift und Stempel des
 Augenoptikers/der Augenoptikerin