

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

Angaben nur erforderlich, wenn die Brillenrechnung mit einem Beihilfeantrag bereits vorgelegt wurde →

Antragsnummer: _____	Belegnummer: _____
----------------------	--------------------

Bitte lassen Sie dieses Formular vom Optiker ausfüllen

Anlage zur Rechnung vom: _____ für: _____

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bifokal | <input type="checkbox"/> Trifokal | <input type="checkbox"/> Multifokal (Gleitsicht, Variolux) |
| <input type="checkbox"/> Entspiegelung | <input type="checkbox"/> Höherbrechend | <input type="checkbox"/> Härtung |
| <input type="checkbox"/> Einfache Tönung (bis 50 %) | <input type="checkbox"/> Lichtschutz (über 50%) | <input type="checkbox"/> Colormatic, Umbramatic u.ä. |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Dickenreduzierung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Preise für:	Betrag €		Betrag €	
Grundpreis weißes Silikatglas, (sofern Kunststoff nicht günstiger), ohne Entspiegelung usw.	R		L	
Mehrpreis für Multifokal (Gleitsicht, Varilux)	R		L	
Mehrpreis für Dickenreduzierung / Höherbrechende Gläser	R		L	
Mehrpreis für Superentspiegelung	R		L	
Mehrpreis für einfache Entspiegelung	R		L	
Mehrpreis für konstante Tönung oder Lichtschutz (über 50%)	R		L	
Preis für einfache Tönung (bis 50%)	R		L	
Mehrpreis für Selbsttönung (Umbramatic, Colormatic u.ä.)	R		L	
Mehrpreis für Kunststoff	R		L	
Mehrpreis für Härtung	R		L	
Sonstiges:	R		L	

Alte Werte Brille				Neue Werte Brille				Alte Werte Kontaktlinsen				Neue Werte Kontaktlinsen			
	Sph	Cyl	A		Sph	Cyl	A		Sph	Cyl	A		Sph	Cyl	A
F	R			F	R			F	R			F	R		
	L				L				L				L		
N	R			N	R			N	R			N	R		
	L				L				L				L		

Unterschrift und Stempel des Optikers _____