Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Diagnose:

Ort der Visite, wenn nicht
an unten angeführter Adresse:

ERSATZ-ARZTHILFESCHEIN

Behandlungsmonat _____ Jahr _____

Mitglied: _____

Anschrift: _____

Angehöriger: _____

GEBURTSDATUM
Vers.-Nr. Tag Monat Jahr

GEBURTSDATUM
Vers.-Nr. Tag Monat Jahr

Tag	ORD	VIS	Leistung (Pos.-Nr.)	DKM

KRANKENFÜRSORGEANSTALT DER BEDIENSTETEN DER STADT WIEN (KFA)
1081 WIEN, SCHLESINGERPLATZ 5, TEL. 40436-0

Zuweisung an:

Erbeten wird:

Datum, Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes

240.000 / 03.15

Verordnung bzw. Antrag:

		sphärisch	zylindrisch	Tabo-Achse
Ferne	R			○
	L			○
Nähe	R			○
	L			○

Bifokal ☐ Stargläser ☐

Trifokal ☐ Vorhänger ☐

Hornhaut-
Scheitelabstand _____ mm

Pupillardistanz _____ mm

_____
Datum, Stempel und Unterschrift
des Arztes

Vermerke:

Abrechnung der Lieferfirma:

Pos.-Nr. _____ € _____

Pos.-Nr. _____ € _____

Pos.-Nr. _____ € _____

Pos.-Nr. _____ € _____

Pos.-Nr. _____ € _____

_____ _____
Datum Stempel und Unterschrift der Vertragsfirma

Ich bestätige den ordnungsgemäßen Empfang des obigen Behelfes.

_____ _____
Datum Unterschrift des Empfängers