

**Verordnung Beginn der Teilnahme**

An

**Caterna Vision GmbH**

 David-Gilly-Straße 1  
 14469 Potsdam

Praxis-Stempel

Verordnet durch:

**Praxis:**
**Institutskennzeichen:** \_\_\_\_\_

**LANr Nummer:** \_\_\_\_\_

**Betriebsstättennummer:** \_\_\_\_\_

**VERTRAG SPIELEND BESSER SEHEN! – VERORDNUNG ZU BEGINN DER TEILNAHME -**  
**(ERST NACH ERFOLGTER EINSCHREIBUNG DES VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN, SONST**  
**UNGÜLTIG / Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

Bitte senden Sie diese Verordnung an folgende Faxnummer: **(0331) 86 75 08 – 99**  
 oder per Post an **Caterna Vision GmbH, David-Gilly-Straße 1, 14469 Potsdam**

**Erforderliche Daten zur Bereitstellung / Einstellung der webbasierten Stimulationstherapie**

Vorname Patient/in: \_\_\_\_\_ Nachname Patient/in: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ eGK: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Patient/Versicherter: \_\_\_\_\_

Freischaltung zum: \_\_\_\_\_

**Angabe des Stimulationsschemas (S1, R1, S2, R2, S3 oder R3):**

Visus	Typ	Stimulationsschema
< 0,39	Schielen o.a. Ursachen	S1 <input type="checkbox"/>
	Refraktionsamblyopie *	R1 <input type="checkbox"/>
0,4 – 0,69	Schielen o.a. Ursachen	S2 <input type="checkbox"/>
	Refraktionsamblyopie *	R2 <input type="checkbox"/>
> 0,7	Schielen o.a. Ursachen	S3 <input type="checkbox"/>
	Refraktionsamblyopie *	R3 <input type="checkbox"/>

Refraktion (inkl. Vorzeichen)	Stimuliertes Auge	Visus	sph	cyl	ax
<b>RA</b>					
<b>LA</b>					

**Ich bestätige, dass die gesicherte Diagnose Amblyopie vorliegt und die unterzeichnete Anlage 2a (Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte) des Versicherten an die CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH gesendet wurde.**

 \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes, Praxisstempel