

Dokumentation Ende der Teilnahme

An

Caterna Vision GmbH
 David-Gilly-Straße 1
 14469 Potsdam

Verordnet durch:

Praxis:
Institutskennzeichen: _____

LANr Nummer: _____

Betriebsstättennummer: _____

Praxis-Stempel

**VERTRAG SPIELEND BESSER SEHEN! – DOKUMENTATION ZUM ENDE DER TEILNAHME -
 (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

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

Erforderliche Daten nach der webbasierten Stimulationstherapie

Vorname Patient/in: _____ Nachname Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____ eGK: _____

Krankenkasse: _____

Refraktion (inkl. Vorzeichen)	Stimuliertes Auge	Visus	sph	cyl	ax
RA					
LA					

 Ort, Datum

 Unterschrift des Arztes, Praxisstempel