

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



BARMER „App auf Rezept“ webbasierte Stimulationstherapie Verordnung - Beginn der Teilnahme – Anhang D

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Erforderliche Daten zur Bereitstellung / Einstellung der webbasierten Stimulationstherapie						
Patient: (Name, Vorname)					Geburtsdatum: (tt.mm.jjjj)	
E-Mail:			Telefon:			
Krankenkasse:			Freischaltung zum:			
Angabe des Stimulationsschemas:						
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"/>		
		Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen				
Refraktion (inkl. Vorzeichen)	Stimuliertes Auge	<input type="checkbox"/> Nahvisus (Winkelminuten)	<input type="checkbox"/> Fernvisus (Winkelminuten)	sph	cyl	ax
RA						
LA						

Ich bestätige, dass die unterzeichnete Teilnahme-/Einwilligungserklärung (Anl. 2) des Versicherten vorliegt und an die CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH gesendet wurde. Bei Fragen können Sie gern die Caterna Vision GmbH kontaktieren: **Telefon 0331 - 867508-88**

Bitte vor Behandlungsbeginn an folgende Adresse senden:
Caterna Vision GmbH, David-Gilly-Straße 1, 14469 Potsdam
oder **Fax 0331 – 867508-99**

Die Verordnung ist nur mit Vorlage der Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Versicherten (Anl. 2) gültig.

Ort, Datum

Institutionskennzeichen (falls vorhanden)

Stempel / Unterschrift