

Kostenvoranschlag bei Keratokonus

empfohlen vom Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen
zur Einreichung bei der Krankenkasse

1. Versicherter(r)

Name _____ Versicherten-Nr. _____

2. Indikation

RA Keratoplastik Keratokonus
LA Keratoplastik Keratokonus

3. Status der Anpassung

4. Beschreibung der Topographie

Zentrierung des Transplantats _____ Lage der Ektasie _____ Form der Ektasie _____
RA _____
LA _____

5. weitere anpassrelevante Befunde/Rahmenbedingungen

RA Hornhautstufe Nahtunebenheit Hyperplasie sehr staubiges Arbeitsumfeld (z.B. Schreinerei)
LA Hornhautstufe Nahtunebenheit Hyperplasie sehr trockenes Arbeitsumfeld (z.B. Operationssaal)

Sonstiges _____

6. Messlinse

Typ _____ Typ/Größe _____ Rückflächendesign _____ Abflachung _____
RA _____
LA _____

7. Sitzprobleme der Messlinse

RA Kippen in einem Quadranten abstehend bzw. inakzeptable Druckauflage
LA Kippen in einem Quadranten abstehend bzw. inakzeptable Druckauflage

Sonstiges _____

8. Rezeptlinse

Typ _____ Typ/Größe _____ Rückflächendesign _____ Abflachung _____
RA _____
LA _____

9. Frontoptik

RA sphärisch torisch mit Visusverbesserung
LA sphärisch torisch mit Visusverbesserung

IK-Nummer Augenoptiker _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Augenoptiker _____

Stempel Augenoptiker _____