

# Kostenvoranschlag

vom: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Verordnung von: \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Vers. Nr. \_\_\_\_\_

Art der Verordnung: \_\_\_\_\_

Hilfsmittelpositions-Nr. 25.21.....

IK-Nummer.....

Stück	Artikel	Preis in Euro
1	Systemträger /Systemhalterung	
R L	System ESCHENBACH à	
R	Glas, sph..... cyl..... A..... à	
L	Glas, sph..... cyl..... A..... à	
R L	Aufschlag für kleineren Durchmesser à	
R L	Adapter für Korrektionslinse à	
R L	Distanzringe für Systemmontage ..... Stk. à	
R L	Trägerscheiben mit Systemadapter à	
R L	Gewichtsausgleich	
R L	Aufstecklinse für die Nähe ..... Dpt. à	
1	Mattglas	
1	Spezialbehälter für System	
	<b>Zwischensumme:</b>	
	<b>zzgl. Anpaßleistung: ***</b> binokular/monokular	
	.....Std. Meisterlohn à Stunde ..... Euro	

## Rechnungsbetrag:

Mit der ausgewählten und angepaßten Sehhilfe erreicht Frau/Herr .....  
 monokular/binokular einen Visus ..... auf ..... Meter gemessen.

Die Mobilität wird verbessert und das Lesen von Zeitungsdruck ist möglich.

\*\*\* Anpaßleistung: binokular: 3,0 - 3,9 Stunden, monokular: 2,5 - 2,9 Stunden  
 (Durchschnittswerte aus 100 Anpassungen ermittelt, siehe Gutachten)

**Bitte diesen Kostenvoranschlag  
 nach Genehmigung wieder zurück an Firma:**