

Beihilfeberechtigte(r) (Name, Vorname)	Beihilfenummer
--	----------------

Bitte lasse Sie dieses Formular von Ihrem Optiker ausfüllen

Anlage zur Rechnung vom: _____ für: _____

Die beschafften Brillengläser haben folgende Eigenschaft: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Bifokal Trifokal Multifokal (Gleitsicht, Varilux)
 Entspiegelung höherbrechend Dickenreduzierung
 einfache Tönung (bis 50%) Lichtschutz (über 50%) Colormatik, Umbramatic

Grundpreis je Glass ohne Entspiegelung usw.	R		€
	L		€
Mehrpreis für Multifokal (Gleitsicht, Varilux)	R		€
	L		€
Mehrpreis für Entspiegelung einfache Entspiegelung: R €, L €	R		€
	L		€
Mehrpreis für konstante Tönung oder Lichtschutz Preis für einfache Tönung: R €, L €	R		€
	L		€
Mehrpreis für Selbsttönung, Umbramatic, Colormatik	R		€
	L		€
Preis für Dickenreduzierung/höherbrechend	R		€
	L		€
Sonstiges	R		€
	L		€

gesamt: _____ €

Bisherige Werte vom:				
		sph	cyl	Achse
F	R			
	L			
N	R			
	L			

Neue Werte vom:				
		sph	cyl	Achse
F	R			
	L			
N	R			
	L			

Unterschrift und Stempel
des Optikers