



Dienststelle [ORT]
Medizinisches Assessment

An die Vertragsaugenoptikerin/den -optiker nach freier Wahl der Bewerberin bzw. des Bewerbers

**Auftrag und Kostenübernahmeerklärung zur
Refraktionsbestimmung durch Augenoptiker/-in**

1. Ausfertigung

Mit der Annahme dieses Auftrags erkennen Sie die Vertragsbedingungen des Vertrages zwischen dem BMVg und dem Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen an - **veröffentlicht unter:**
<https://www.bundeswehr.de/de/hausarztliche-versorgung-fuer-die-soldatinnen-und-soldaten-67556>
und sichern zu, dass Sie die Leistung entsprechend der Vertragsbedingungen erbringen werden.
Die Vergütung der erbrachten Leistung erfolgt nach Positionsnummer Nr. 7071 der aktuellen Bundeswehr-Preisliste (Anlage zum v.g. Vertrag).

Von der untersuchten Person dürfen weder Zahlungen gefordert noch angenommen werden.

Aus diesem Auftrag ergeben sich somit:

- **keine** Brillenverordnungen
- **keine** sonstigen Zusatzleistungen
- **keine** zusätzlichen Kosten

Die untersuchte Person quittiert auf beiden Ausfertigungen die Durchführung der Untersuchung.

Durch den beauftragten Augenoptiker / die beauftragte Augenoptikerin wird die **erste Ausfertigung der Original-Rechnung beigelegt** und die **zweite Ausfertigung** mit den eingetragenen Befunden **an die auftrags-erteilende Stelle** (s.u.) mit **beigelegtem adressiertem Freiumschlag** („Antwort“ „Arztsache“) übersandt.

an dieser Stelle Etikett mit Personendaten der zu untersuchenden Person	Stempel / Eintrag / Etikett Dienststelle
	Datum, Unterschrift, Stempel Arzt/Ärztin

Datum, Unterschrift, Stempel Optikerin/Optiker	<u>Original-Rechnung und 1. Ausfertigung im Original (jeweils in Papierform) an:</u>
	Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr Heilfürsorgeabrechnungsstelle Prötzel Chaussee 25 15344 Strausberg

Die Refraktionsbestimmung ist bei mir durchgeführt worden.	Datum / Unterschrift untersuchte Person
---	---



DIENSTSTELLE [ORT] Medizinisches Assessment
--

An die Vertragsaugenoptikerin/den -optiker nach freier Wahl der Bewerberin bzw. des Bewerbers

Auftrag zur Refraktionsbestimmung durch Augenoptiker/-in - Ergebnis	2. Ausfertigung
--	------------------------

durch auftragserteilende Stelle auszufüllen	
an dieser Stelle Etikett mit Personendaten der zu untersuchenden Person	Stempel / Eintrag / Etikett Dienststelle
	Unterschrift der zu untersuchenden Person

durch Augenoptikerin / Augenoptiker auszufüllen								
Refraktionsbestimmung								
Datum		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Visus cc	
							einäugig	beidäugig
Fern	R							
	L							
Nah	R							
	L							

☐	Eine augenärztliche Untersuchung ist erforderlich / wird empfohlen.
--------------------------	---

Die Refraktionsbestimmung ist bei mir durchgeführt worden.	Datum / Unterschrift untersuchte Person
--	---

Datum, Unterschrift, Stempel Optikerin/Optiker	<u>2. Ausfertigung im Original an:</u> o.g. auftragserteilende Stelle <u>mit beigelegtem adressiertem und</u> <u>verschlossenem Freiumschlag</u> („Antwort“ „Arztsache“)
---	--



Dienststelle [ORT]
Medizinisches Assessment

= NUR FÜR DIE ÄRZTLICHEN UNTERLAGEN / NICHT FÜR DEN AUFTRAGNEHMER =

**Bestätigung Erhalt Auftragsschein zur
Refraktionsbestimmung durch Augenoptiker/-in**

Bestätigung:

Hiermit wird bestätigt, dass:

1. der Auftragsschein inklusive des Rücksendeumschlags „Arztsache“ für o.g. Untersuchung übergeben wurde.
2. der Bewerber bzw. die Bewerberin über die freie Wahl des Vertragsaugenoptikers bzw. der Vertragsoptikerin informiert wurde.

an dieser Stelle Etikett mit Personendaten der zu untersuchenden Person	Datum, Stempel, Unterschrift Arzt/Ärztin
	Unterschrift der zu untersuchenden Person