



## Briller og kontaktlinser Medicinsk-optisk defineret varig øjenlidelse

Sendes til: <b>CSU-Slagelse</b> <b>SYNSRÅDGIVNINGEN</b> <b>Rosenkildevej 88 B, 4200 Slagelse</b> <b>e-mail: syn-csu@slagelse.dk</b>
---

Optikers stempel
------------------

		Dato
Navn		CPR:
Adresse		
Postnr./by		
Telefon	Privat	Arbejde

Øjenlæge:	Diagnose:	pkt. nr.
-----------	-----------	----------

Begrundelse for det ansøgte: \_\_\_\_\_

Slidt/Ridset  Ændret Rx.  Tabt  Ødelagt  Andet: \_\_\_\_\_

### Briller

Brilleglas	Fabrikat/Type:	Salgspris	Ansøgt
Stel			
Glas	H-øje	V.O.D. 6\	
	V-øje	V.O.S. 6\	
Stel			
Glas	H-øje	V.O.D. 6\	
	V-øje	V.O.S. 6\	
I alt kr.			

Blød  Hård  Udskiftningsfrekvens \_\_\_\_\_ dgl/mdr. Andet: \_\_\_\_\_

Nytilp. norm.  Nytilp. spec.  Gent. norm.  Gent.Spec.  Ex. tid \_\_\_\_\_

### Kontaktlinser

Fabrikat:	Honorar	
H-øje	V.O.D. 6\	
V-øje	V.O.S. 6\	
I alt kr.		

Kunden er informeret om at brillen kan leveres uden egenbetaling Ja  Nej

### Erklæring og underskrift

For rigtigheden af ovenstående attesteres	Dato	Optikers underskrift
Jeg er indforstået med, at synsrådgivningen indhenter helbredsmæssige og andre oplysninger til brug for behandling af ansøgningen. Jeg giver fuldmagt til, at leverandør må søge på mine vegne, og må modtage kopi af afgørelsen.	Dato	Ansøgers underskrift

Ikke bevilget

Dato	
------	--

Bevilget

Dato	
------	--