



Briller og kontaktlinser Medicinsk-optisk defineret varig øjenlidelse

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

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	
------	--