Ansøgning om briller / kontaktlinser

I forbindelse med medicinsk / optisk defineret varig øjenlidelse

SKIVE | VIBORG
center for kommunikation & undervisning

Sendes til: **CKU-Syn**
Rosenstræde 6 - 8800 Viborg.
eller
Sikkermail: ckusikkermail@skivekommune.dk
eller
via www.virk.dk

Optiker:

Cku-Syn
Tlf. 9915 7640

Ansøger:

Navn:	CPR-nr.:
Adresse:	CPR nr. Værge:
Postnr. og by:	Telefon:
Øjenlæge:	Kopi af øjenlægerecept vedlagt ☐

Årsag til ansøgning om bevilling (skal udfyldes):

Briller.

Brilleglas: ☐Single ☐Bifocal ☐Progressiv ☐Andre									Koder	Beløb
Stel:										
Glas	H		=		x		Add.			
	V		=		x		Add.			
Stel:										
Glas	H		=		x					
	V		=		x					
Tillæg										
Tillæg										
Tillæg										

Kontaktlinser til et forventet forbrug på ____ mdr.

☐Hårde ☐Bløde ☐Toriske ☐Kosmetiske ☐Keratoconus ☐Andre

Kontaktlinse firma	Linse navn		
Forventet udskiftningsfrekvens	Dage	Mdr.	År

Styrke / Parametre	H		
Styrke / Parametre	V		
Tillæg f.eks kasko kode 304			
Honorar – Instruktion & håndteringsvejledning ved nyudlevering		303	
		I alt u/ moms	
		Moms	
Honorar for linsetilpasning / gentilpasning - momsfrit		301 / 302	
Honorarandel af kontaktlinsepris pr. øje - momsfrit		310	
Svagsynsundersøgelse / Genafprøvning - momsfrit		101 / 102	
		I alt kr.	

Fremsendes digitalt:

	Sæt x	
		Fuldmagt nr. 18.6 er udfyldt og underskrevet af borger. Fuldmagt opbevares i butik
		Fuldmagt nr. 18.6 medsendes.