

Prüfung der Beihilfefähigkeit einer therapeutischen Sehhilfe

Hinweise:

-Bitte keine Rechnungen einreichen. Eine Rücksendung der Unterlagen erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben.

-Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
eMail-Adresse (Angabe freiwillig)		
Dienst- / Wohnanschrift		
Landesverwaltungsamt Berlin Zentrale Beihilfestelle – VB B - 10702 Berlin		Personalkennzeichen <input type="text"/> Datum (TT.MM.JJ) <input type="text"/>



Reichen Sie diese Bescheinigung zur Prüfung der Beihilfefähigkeit für eine therapeutische Sehhilfe ein.

Zur Prüfung der Voraussetzungen nach Unterabschnitt 5 der Anlage 9 zu § 25 LBhVO ist es notwendig, dass der/die behandelnde Facharzt- / Fachärztin für Augenheilkunde folgende Angaben zur Indikation macht.

Wer wird behandelt? _____, _____
 Name, Vorname Geb.Datum

Diagnoseschlüssel: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen	Art der therapeutischen Sehhilfe	Indikation (ist in jedem Fall anzugeben)
	Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für a) Kantenfilter bei aa) altersbedingter Makuladegeneration, bb) diabetischer Retinopathie, cc) Opticusatrophie (außer im Zusammenhang mit einer dystrophischen Netzhauterkrankung), dd) Fundus myopicus, b) Verbandlinsen oder -schalen nach nicht beihilfefähigen Eingriffen, c) Okklusionslinsen und -schalen als Amblyopietherapeutikum.	
<input type="checkbox"/>	1a.	Glas mit Lichtschutz mit einer Transmission bis 75 Prozent
<input type="checkbox"/>	1b.	Glas mit Ultraviolett-(UV-)Kantenfilter (400 Nanometer Wellenlänge)
<input type="checkbox"/>	1c.	Glas mit Kantenfilter als Bandpassfilter mit einem Transmissionsmaximum bei einer Wellenlänge von 450 Nanometer
<input type="checkbox"/>	1d.	Glas mit Kantenfilter (Wellenlänge größer als 500 Nanometer) als Langpassfilter zur Vermeidung der Stäbchenbleichung und zur Kontrastanhebung

<input type="checkbox"/>	1e.	Horizontale Prismen in Gläsern ≥ 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ≥ 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen) sowie vertikale Prismen und Folien ≥ 1 Prismendioptrie	
<input type="checkbox"/>	1f.	Okklusionsschalen oder -linsen bei dauerhaft therapeutisch nicht anders beeinflussbarer Doppelwahrnehmung	
<input type="checkbox"/>	1g.	Kunststoff-Bifokalgläser mit besonders großem Nahteil zur Behebung des akkommodativen Schielens	
<input type="checkbox"/>	1h.	Okklusionspflaster und -folien als Amblyopie-therapeutika, nachrangig Okklusionskapseln	
<input type="checkbox"/>	1i.	Uhrglasverbände oder konfektionierter Seitenschutz bei unvollständigem Lidschluss (zum Beispiel infolge einer Gesichtslähmung) oder bei Zustand nach Keratoplastik, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden	
<input type="checkbox"/>	1j.	Irislinsen mit durchsichtigem, optisch wirksamem Zentrum bei Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen	
<input type="checkbox"/>	1k.	Verbandlinsen oder -schalen	
<input type="checkbox"/>	1l.	Kontaktlinsen als Medikamententräger zur kontinuierlichen Medikamentenzufuhr	
<input type="checkbox"/>	1m.	Kontaktlinsen	
<input type="checkbox"/>	1n.	Kunststoffgläser als Schutzgläser	
Unterschrift / Stempel / Datum Facharzt / Fachärztin für Augenheilkunde			

Über die medizinische Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes einholen (§ 51 Landesbeihilfeverordnung –LBhVO-).

Einverständniserklärung	
<p>Hiermit erteile ich mein Einverständnis zu einer Anfrage beim Amts- oder Vertrauensärztlichen Dienst.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Mir ist bewusst, dass bei fehlendem Einverständnis ggf. eine Entscheidung zu meiner gestellten Anfrage nicht erfolgen kann.</p>	
Unterschrift	