Ansøgning om briller og/eller kontaktlinser

jf. Lov om Social Service § 112 bek. 1466, jf. §15 stk. 1, bilag 2 punkt 1-13

|  |  |
| --- | --- |
| Sendes til: | Optiker/stempel: |
| Vejle Kommune |  |  |
| Myndighedsafdelingen |
| Vestre Engvej 51B, 4 sal |
| *Att.: Hjælpemiddelteamet, Syn & Teknologi* |
| 7100 Vejle |  |
| Sikker e-mail: synogteknologi@vejle.dk | Optiker ansvarlig: |
| Dato |  | Cpr. nr. |  |
| Navn |  |
| Adresse |  |
| Telefon nr. |  |
| Diagnose |  | Øjenlæge |  |

**Briller**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Visus med brille* | Hø: | Ve: | Bin: |  |
| Filterfarve: |  |
| Glasindeks: |  Single |  |  Bifokal |  |  Progressiv |  |  | Pris | Kode |
| Højre | Sph. | Cyl. | Prisme | Basis | Add | Kr. |  |
| Venstre | Sph. | Cyl. | Prisme | Basis | Add | Kr. |  |
| Brillestel |  | Kr. |  |
| I alt inkl. moms |  | Kr. |  |

**Kontaktlinser**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Visus med linse* | Hø: | Ve: | Bin: |  |
| Fabrikat: | Type: | Hård |  |  | Blød |  |  | Pris |
| Højre | Sph. | Cyl. |  | Kr. |
| Venstre | Sph. | Cyl. |  | Kr. |
| Tilpasningshonorar  |  *Anfør antal minutter for kontrol og tilpasning, der gives tilskud på pr. begyndt kvarter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_min.* |  |
| I alt |  | Kr. |

|  |
| --- |
| Ved ansøgning om **kontaktlinser**, skal brillestyrke og visus med brille udfyldes, herunder: |
| Højre | Sph. | Cyl. |  | Visus hø: |  | Bin: |
| Venstre | Sph. | Cyl. |  | Visus ve: |  |

|  |
| --- |
| *Relevante bemærkninger til ansøgningen* |
| **Erklæring og underskrifter** |
| *Jeg er indforstået med, at Myndighedsafdelingen i visse tilfælde sender ansøgningen til CSV Vejle. Samtidig at CSV Vejle og/eller Myndighedsafdelingen indhenter helbredsmæssige- og andre oplysninger til brug for behandling af ansøgningen.* |  |  |
| *Dato/underskrift* ***ansøger*** | *Dato/underskift* ***optiker*** |