

## Anlage 46

### Ocularist(in)

### OC

Bitte geben Sie hier die IK-Nummer der Betriebsstätte sowie den Namen der Fachlichen Leitung an, damit die Anlage dem entsprechenden Antrag zugeordnet werden kann:

<b>IK-Nummer</b>	
<b>Name Fachliche Leitung</b>	

Bitte wählen Sie hier die gewünschten Versorgungsbereiche passend zu dem von Ihnen gestellten Antrag aus:

Versorgungsbereich			Bezeichnung
PG35	<input type="checkbox"/>	35AR <sup>1</sup>	Epithesen (Hals-/Kopfbereich)
PG36	<input type="checkbox"/>	36AR	Augenprothesen aus Glas
	<input type="checkbox"/>	36BR	Augenprothesen aus Kunststoff

<sup>1</sup> R = räumliche Versorgung. Ein Geschäftslokal ist für die Abgabe des Hilfsmittels zwingend erforderlich. Ist der Versorgungsbereich nicht mit „R“ gekennzeichnet, findet die Versorgung im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten statt (mobile Versorgung).