**20E – Eigenerklärung – Ausstattung Augenarzt / KL-Studio**

Seite 1 von 2

**Ich (Betriebsinhaber/in oder fachliche Leitung),**

Name Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geb. Datum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**erkläre hiermit, dass die Firma / Betriebsstätte**

Firma Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Straße Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ, Ort Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

IK-Nummer Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**über** (jeden Punkt ankreuzen)

**a) Refraktionsraum ja nein**

Raum lässt sich abdunkeln [ ]  [ ]

Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht [ ]  [ ]

Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl [ ]  [ ]

Typ: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Seriennr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Skiaskop und Skiaskopleisten [ ]  [ ]

Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille (Phorobter) [ ]  [ ]

Typ: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Seriennr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Kreuzzylinder [ ]  [ ]

Gerät zur Sehzeichendarbietung [ ]  [ ]

Abgleichleiste [ ]  [ ]

Vorrichtung zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe [ ]  [ ]

(z.B. Phoropter mit entsprechender Nahprüfeinrichtung)

**20 E – Eigenerklärung – Ausstattung Augenarzt / KL-Studio**

**IK-Nummer:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Seite 2 von 2

**ja nein**

Binokulartest [ ]  [ ]

Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus [ ]  [ ]

**b) Kontaktlinsenarbeitsplatz (Nur für 25D)**

Einweisungsplatz [ ]  [ ]

Ophthalmometer [ ]  [ ]

Typ: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Seriennr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Spaltlampenmikroskop [ ]  [ ]

Typ: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Seriennr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter [ ]  [ ]

und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen

Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion [ ]  [ ]

**verfügt.**

**Von allen abgefragten Punkten senden Sie uns bitte Fotodokumente mit aktueller Datumsanzeige!**

Ich versichere, dass ich die vorgenannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe.

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Datum, Unterschrift (Betriebsinhaber/in oder fachliche Leitung)