

20B – Eigenerklärung – Ausstattung Augenoptik

Ich (Betriebsinhaber/in oder fachliche Leitung),

Name

Geb. Datum

erkläre hiermit, dass die Firma / Betriebsstätte

Firma

Straße

PLZ, Ort

IK-Nummer

über

(jeden Punkt ankreuzen)

a) Refraktionsraum

ja

nein

Raum lässt sich abdunkeln

Tageslicht oder tageslichtähnliches Kunstlicht

Höhenverstellbarer Refraktionsstuhl

Typ:

Seriennr.:

Skioskop und Skiaskopleisten (falls nein, muss Refraktometer vorhanden sein)

Messgläserkasten und Refraktionsmessbrille (Phoropter)

Typ:

Seriennr.:

Polarisationsvorhalter (Nur für 25A)

Kreuzzylinder

Abgleichleiste

20A – Eigenerklärung – Ausstattung Augenoptik

IK-Nummer:

Seite 2 von 3

	ja	nein
Gerät zur Sehzeichendarbietung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ: <input type="text"/>		
Seriennr.: <input type="text"/>		
Vorrichtung zur Prüfung der Sehschärfe in der Nähe (z.B. Phoropter mit entsprechender Nahprüfeinrichtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binokulartest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tafeln zur Messung des Vergrößerungsbedarfes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tafeln zur Bestimmung des Fernvisus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Satz Kantenfilter (Nur für 25A und 25E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Kontaktlinsenarbeitsplatz (Nur für 25D)

Einweisungsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ: <input type="text"/>		
Seriennr.: <input type="text"/>		
Spaltlampenmikroskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ: <input type="text"/>		
Seriennr.: <input type="text"/>		
Vorrichtung zur Prüfung auf Einhaltung der Kontaktlinsenparameter und zur Qualitätskontrolle der Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubehör zur sachgerechten Reinigung und Sterilisation/Desinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeigneter Spiegel zur Hilfsmittelanpassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Werkstatt (Nur für 25A und 25E)

Werktisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

20A – Eigenerklärung – Ausstattung Augenoptik

IK-Nummer:

Seite 3 von 3

	ja	nein
Handsleifmaschine und/oder Randbearbeitungsmaschine (Automat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ: <input type="text"/>		
Seriennr.: <input type="text"/>		
Bohrmaschine mit Zubehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliermaschine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rillmaschine ggf. Facette-Sleifmaschine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheitelbrechwertmessgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ: <input type="text"/>		
Seriennr.: <input type="text"/>		
Zentriergerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ: <input type="text"/>		
Seriennr.: <input type="text"/>		
Videozentrersystem (Nur bei Fernrandung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ: <input type="text"/>		
Seriennr.: <input type="text"/>		

verfügt.

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.

Datum und Unterschrift (Betriebsinhaber/in oder fachliche Leitung),