

보조기기(저시력 보조안경 및 의안 등) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

[] 장애인 등록 전

| | | | |
|-----------|-------------------|-------------|----------------------------|
| ① 진료받은 사람 | 성명 | 주민(외국인)등록번호 | |
| | 집 전화번호 | 휴대전화번호 | |
| ② 장애 구분 | 장애유형(주장애) | 장애 정도 | [] 심한 장애 [] 심하지 않은 장애 |
| | 중복장애유형(부장애) | | [] 심한 장애 [] 심하지 않은 장애 |
| ③ 처방 보조기기 | [] 저시력 보조안경 | | [] 콘택트렌즈 |
| | [] 의안 | [] 우 | [] 좌 |
| | [] 망원경(원거리 보조기구) | | [] 돋보기(근거리 보조기구) |

④ 환자상태 및 진료소견(처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

요양기관 명칭(요양기관 기호)

담당의사 성명

(서명 또는 인)

면허번호

전문과목

전문의 자격번호

유의사항

- 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
- 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
- 저시력 보조안경, 콘택트렌즈 및 의안을 구입한 경우에는 안과전문의로부터 반드시 보조기기 검수확인서를 받아야 하며, 망원경 및 돋보기를 구입한 경우에는 보조기기 검수확인을 받지 않습니다.
- 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[] 장애인 등록 전"의 []에 √ 표시를 합니다.
※ 또한, 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 해당 유형의 장애인으로 등록된 경우에만 청구할 수 있습니다.

작성방법

- 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 해당란에 √ 표시를 합니다.
- 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다.
- 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 환자상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.