

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)	장애 정도	[] 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

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
3. 저시력 보조안경, 콘택트렌즈 및 의안을 구입한 경우에는 안과전문의로부터 반드시 보조기기 검수확인서를 받아야 하며, 망원경 및 돋보기를 구입한 경우에는 보조기기 검수확인을 받지 않습니다.
4. 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 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.

작성방법

- ① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 해당란에 √ 표시를 합니다.
- ③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다.
- ④ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.