



Søknad om dekning av utgifter til briller/kontaktlinser til barn under 18 år

1. Søker (barnet)

Fornavn		Etternavn		Fødselsnummer (11 siffer)
Postadresse			Postnummer	Poststed
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadresse		Refusjonen sendes til samme konto som barnetrygden.

2. Ved første gangs anskaffelse

Fylles ut av øyelege.

Diagnose <input type="checkbox"/> Anisometri med 2 ½ dioptrier eller mer <input type="checkbox"/> Astigmatisme med 2 ½ dioptrier eller mer <input type="checkbox"/> Strabisme – som ledd i behandling av manifest strabisme/latent strabisme mer enn 4 prismedioptrier i horisontalplanet eller 2 prismedioptrier i vertikalplanet.	
Det søkes om <input type="checkbox"/> Briller <input type="checkbox"/> Prismeglass/progressive glass/andre spesialglass av medisinske grunner <input type="checkbox"/> Kontaktlinser, dersom synsfeilen ikke kan behandles med brille <input type="checkbox"/> Briller og kontaktlinser, dersom det er medisinsk nødvendig å bruke både briller og kontaktlinser	
Dato	Øyelegens stempel og underskrift

3. Ved gjenanskaffelse/reparasjon

Fylles ut av optiker.

Har søker en av de ovenfor nevnte diagnoser?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Jeg bekrefter at brillen ikke gjelder reservebrille	<input type="checkbox"/> Ja	
Årsak til fornyelse		
Dato	Optikerens stempel og underskrift	

4. Vedlegg

Kryss av for det som legges ved søknaden.

- Faktura Kvittering (original)

5. Underskrift

Sted og dato	Foresattes underskrift
--------------	------------------------