

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		
	보장기관명 (기호)	의료급여 종별	[] 1종	[] 2종
	집 전화번호	휴대전화번호		
② 장애 구분	장애유형(주장애)	장애	[]심한 장애 []심하지 않은 장애	
	중복장애유형(부장애)	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

의료급여기관 명칭(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. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
 - 4. 저시력 보조안경, 콘택트렌즈 및 의안을 구입한 경우에는 안과전문의로부터 반드시 보조기기 검수확인서를 받아야 하며, 망원경 및 돋보기를 구입한 경우에는 보조기기 검수확인을 받지 않습니다.
 - 5. 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.
- ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 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.