



## Augenärztliches Zeugnis

<b>Personalien</b>	Name, Vorname: Geburtsdatum: Adresse: PLZ/Ort:																				
<b>1. Diagnose</b>	Rechtes Auge: Linkes Auge:																				
<b>Ursache</b>	Geburtsgebrechen <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Seit wann sehbehindert:																				
<b>2. Sehschärfe</b>	<table border="1"> <tr> <td>Ferne:</td> <td>rechtes Auge</td> <td>in</td> <td>m</td> <td>Korrektur:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>linkes Auge</td> <td>in</td> <td>m</td> <td>Korrektur:</td> </tr> <tr> <td>Nähe:</td> <td>rechtes Auge</td> <td>in</td> <td>m</td> <td>Korrektur:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>linkes Auge</td> <td>in</td> <td>m</td> <td>Korrektur:</td> </tr> </table>	Ferne:	rechtes Auge	in	m	Korrektur:		linkes Auge	in	m	Korrektur:	Nähe:	rechtes Auge	in	m	Korrektur:		linkes Auge	in	m	Korrektur:
Ferne:	rechtes Auge	in	m	Korrektur:																	
	linkes Auge	in	m	Korrektur:																	
Nähe:	rechtes Auge	in	m	Korrektur:																	
	linkes Auge	in	m	Korrektur:																	
<b>3. Gesichtsfeld</b>	rechts: _____ links: _____																				
<b>4. Augenärztliche Kontrolle / Therapie</b>	In welchen Abständen? _____ Letztmals am: _____ Therapie: _____																				
<b>5. Prognose</b>	Ist eine Besserung <input type="checkbox"/> Verschlechterung <input type="checkbox"/> zu erwarten? Bleibt der Zustand stabil? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ist der Patient über die Prognose informiert? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																				
<b>6. Tätigkeiten, die vermieden werden sollten</b>	Bücken <input type="checkbox"/> Heben und Tragen schwerer Lasten <input type="checkbox"/> Erschütterung <input type="checkbox"/> Hitze und Dampfeinwirkung <input type="checkbox"/> Turnen <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Skifahren <input type="checkbox"/>																				
<b>7. Arbeitsfähigkeit</b>	(im jetzigen Tätigkeitsfeld bei Patienten im IV Alter): _____ _____																				
<b>8. Bemerkungen</b>	_____ _____																				

Bitte Seite 2 beachten !

**Bitte auch 2. Seite ausfüllen!**

## Bitte füllen Sie diesen Abschnitt bei Personen im IV- und AHV-Alter aus!

Hochgradig sehgeschwache Personen erhalten sowohl im IV- wie auch im AHV-Alter eine **Hilflosenentschädigung (HE) leichten Grades**.

Ausgenommen sind Personen im AHV-Alter, die in einer Institution leben.

Für die HE leichten Grades müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

*“Eine hochgradige Sehschwäche ist anzunehmen, wenn ein korrigierter Fernvisus von **beidseitig weniger als 0.2** oder wenn **beidseitig eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad Abstand vom Zentrum** (20 Grad horizontaler Durchmesser) vorliegt (Gesichtsfeldmessung: **Goldmann-Perimeter Marke III/4**). Bestehen gleichzeitig eine Verminderung der Sehschärfe und eine Gesichtsfeldeinschränkung, ohne dass aber die Grenzwerte erreicht werden, so ist eine hochgradige Sehschwäche anzunehmen, wenn sie **die gleichen Auswirkungen wie eine Visusverminderung oder Gesichtsfeldeinschränkung vom erwähnten Ausmass** haben (ZAK 1982 S. 264). Dies gilt auch bei anderen Beeinträchtigungen des Gesichtsfeldes (zum Beispiel sektor- oder sichelförmige Ausfälle, Hemianopsien, Zentralskotome).”*

Auszug aus dem Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH)

<b>10. Besteht eine Sehschwäche?</b>	Besteht eine hochgradige Sehschwäche gemäss der obigen Definition?  ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ↓ Wenn ja, seit wann? _____ / _____ (Monat / Jahr)
<b>11. Einverständnis</b>	Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Formular mit dem Einverständnis der betroffenen Person an die IV / AHV weitergeleitet wird?  ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>12. Zusätzliche Angaben zur Person</b>	
	<b>Stempel und Unterschrift des Augenarztes/der Augenärztin</b>  <b>Ort / Datum:</b>