Ärztliches Attest zur Sehbehinderung

## Dieses Attest muss zusammen mit der Beitrittserklärung beim SBV eingereicht werden, ausser die Beitrittserklärung wird von einer Beratungsstelle bestätigt oder es ist ein Arztzeugnis vorhanden, das die Sehbehinderung bestätigt.

## Um den Gratis-Telefonauskunftsdienst 1145 in Anspruch nehmen zu können, ist dieses Attest zwingend auszufüllen und dem SBV einzureichen.

# Personalien der sehbehinderten Person

Name und Vorname: ………………………………………………………….

Strasse: …………………………………………………………………………

PLZ und Ort: ……………………………………………………………………

Geburtstdatum: ………………………………………………………………...

Unterschrift der sehbehinderten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum und Unterschrift: ………………………………………………………..

# Information an den Arzt:

1. Die Person mit einer Sehbehinderung oder ihr gesetzlicher Vertreter ist sowohl Auftraggeber/in als auch Empfänger dieses Attestes. Es ist somit ihre alleinige Entscheidung, ob sie das vollständig ausgefüllte Attest verwenden will.
2. Es müssen alle drei Fragen beantwortet werden. Eine offen gelassene Frage käme in diesem Punkt einer Blankounterschrift gleich. Aus Datenschutzgründen sind die erreichten Punkte (Ziffer 4) nicht zu markieren.
3. Dabei wird der Begriff "Behinderung" als eine einschneidende funktionelle Beeinträchtigung verstanden, bei der nach medizinischem Ermessen auf absehbare Zeit keine erhebliche Verbesserung erwartet werden darf.

# Ärztliche Bestätigung

Die obgenannte Person erreicht gemäss den drei Tabellen auf dem Folgeblatt ein Total von mindestens 12 Punkten.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes oder der Ärztin:

# Definition des Begriffs "sehbehindert"

### Visus (korrigiert, besseres Auge); Vergrösserungsbedarf (mit Addition auf 25 cm)

|  |  |
| --- | --- |
| Visus 0,20 und weniger oder Vergrösserungsbedarf von 2 x oder mehr | 12 Punkte |
| Visus 0,25 und weniger oder Vergrösserungsbedarf von 1,6 x oder mehr | 6 Punkte |
| Visus 0,32 und weniger oder Vergrösserungsbedarf von 1,25 x oder mehr | 3 Punkte |

### Bei Grenzwerten sind

* Kontrastsehen
* kleine zentrale Sehinseln

zu beachten, die den funktionellen Visus um 1 - 2 Stufen reduzieren.

### Gesichtsfeldeinschränkung

|  |  |
| --- | --- |
| Gesichtsfeld von 10 ° oder weniger\* | 12 Punkte |
| Gesichtsfeld von 15 ° oder weniger\* | 8 Punkte |
| Gesichtsfeld von 25 ° oder weniger\* | 4 Punkte |

\*horizontales Gesichtsfeld, binokular, Goldmann 111/3

### Hörbehinderung bei einer kombinierten Hör-/Sehbehinderung

|  |  |
| --- | --- |
| Gehörlosigkeit (60 dB am besseren Ohr ohne Hörgerät\*) | 6 Punkte |
| Schwerhörigkeit (50 dB am besseren Ohr ohne Hörgerät\*) | 3 Punkte |