|  |  |
| --- | --- |
| **Ärztliches Zeugnis** |  |
| **Personalien** | Name und Vorname: Geburtsdatum: Adresse: PLZ/Ort: Telefon: E-Mail:  |
| 1. **Diagnose**
 | Rechtes Auge:       Linkes Auge:       Sehbehindert seit:        |
| 1. **Visus Ferne**
 | **Rechtes Auge:** in       m **Refraktion:** **Bitte Seite 2 beachten!****Linkes Auge:** in       m **Refraktion:**  |
| 1. **Visus Nähe / Vergrösserungs-bedarf (VGB)**
 | Rechtes Auge:       in       cm / VGB:       in       cm Addition:      Linkes Auge:       in       cm / VGB:       in       cm Addition:       |
| 1. **Gesichtsfeld**
 | **Rechtes Auge:** **Linkes Auge:**  |
| 1. **Augenärztliche Kontrollen / Behandlung**
 | In welchen Abständen?       Therapie / Behandlung:        |
| 1. **Prognose**
 | Was ist zu erwarten? [ ]  keine Veränderung [ ]  Besserung [ ]  Verschlechterung Ist der Patient über die Prognose informiert? [ ]  ja [ ]  nein |
| 1. **Arbeitsfähigkeit**
 | (im jetzigen Tätigkeitsfeld bei Patienten im IV-Alter)        |
| 1. **Bemerkungen / Auftrag an die Beratungsstelle**
 |       |
| 1. **Bericht der Beratungsstelle**
 | Wünschen Sie eine Rückmeldung? [ ]  ja [ ]  nein |
| **Beratende Kontaktperson** (verpflichtet sich im Sinne der beruflichen Schweigepflicht nach Art. 35 des Bundesgesetzes über den Datenschutz zur Geheimhaltung aller Angaben)Ort / Datum:        | **Stempel und Unterschrift des Augenarztes / der Augenärztin**Ort / Datum:        |

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

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

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), Hervorhebung durch SBV)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Besteht eine hochgradige Sehschwäche?**
 | Besteht eine hochgradige Sehschwäche gemäss der obigen Definition?**[ ]  Ja** [ ]  Nein**Wenn ja, seit wann? Monat/Jahr:**  |
| 1. **Einverständnis**
 | Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Formular mit dem Einverständnis der betroffenen Person an die IV weitergeleitet wird?[ ]  Ja [ ]  Nein |
| 1. **Zusätzliche Angaben zur Person**
 |       |