



## AUGENÄRZTLICHES ZEUGNIS

<b>Personalien</b>	Name, Vorname:	<input type="text"/>
	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
	Adresse:	<input type="text"/>
	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
	Tel.:	<input type="text"/>
<b>Kontaktperson</b>	Name, Vorname:	<input type="text"/>
	Tel.:	<input type="text"/>
<b>Diagnose</b>	OD	<input type="text"/>
	OS	<input type="text"/>
<b>Ursache</b>	Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen <input type="checkbox"/>	
<b>Sehschärfe</b>	Datum der letzten augenärztlichen Untersuchung: <input type="text"/>	
	Vsc: OD	<input type="text"/>
<b>Ferne</b>	OS	<input type="text"/>
	Vcc: OD	sph <input type="text"/> cyl <input type="text"/> A <input type="text"/> °    Δ/B <input type="text"/>
	OS	sph <input type="text"/> cyl <input type="text"/> A <input type="text"/> °    Δ/B <input type="text"/>
	Vcc: OD	Add <input type="text"/>
<b>Nähe</b>	OS	Add <input type="text"/>



<b>Binokularstatus</b>	Ferne: <input type="text"/>  Nähe: <input type="text"/>
<b>Gesichtsfeld</b>	eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> Art der Einschränkung: <input type="text"/>
<b>Prognose</b>	sich verbessernd <input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> sich verschlechternd <input type="checkbox"/>
<b>Bemerkungen</b>	<input type="text"/>
<b>Bericht der Beratungsstelle</b>	Wünschen Sie einen Bericht der Beratungsstelle? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Stempel der Augenärztin / des Augenarztes:       Ort, Datum und Unterschrift der Augenärztin / des Augenarztes: .....  <b>Ermächtigung:</b> Der behandelnde Augenarzt / die behandelnde Augenärztin wird ermächtigt, die im Zeugnis erhobenen Daten der aufgeführten Beratungsstelle des Schweizerischen Blindenbundes weiterzugeben.   Ort, Datum und Unterschrift der Patientin / des Patienten: .....