



AUGENÄRZTLICHES ZEUGNIS

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



Binokularstatus	Ferne: <input type="text"/> Nähe: <input type="text"/>
Gesichtsfeld	eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> Art der Einschränkung: <input type="text"/>
Prognose	sich verbessernd <input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> sich verschlechternd <input type="checkbox"/>
Bemerkungen	<input type="text"/>
Bericht der Beratungsstelle	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: Ermächtigung: 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: