**Ärztliches Zeugnis**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | | | | | |  | |  | | |
| **Personalien** | Name / Vorname: |  | | | | | | | Telefon: | |  | | |
|  |  | | | | | | |  | |  | | |
| Geburtsdatum: |  | | | | | | | Mobil: | |  | | |
|  |  | | | | | | |  | |  | | |
| Adresse: |  | | | | | | | Email | |  | | |
|  |  | | | | | | |  | |  | | |
| PLZ / Ort: |  | | | | | | | Kontaktperson: | | | |  |
|  |  |  | | | | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |
| 1. **Diagnose** | Rechtes Auge: |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| Linkes Auge |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| Sehbehindert seit: |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
| 1. **Visus Ferne** | **Rechtes Auge:** |  | | in |  | | m |  | | **Refraktion:** | |  | |
|  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
| **Linkes Auge:** |  | | in |  | | m |  | | **Refraktion:** | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
| 1. **Visus Nähe** | Rechtes Auge: |  | | in |  | | cm |  | | Addition: | |  | |
|  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
| Linkes Auge: |  | | in |  | | cm |  | | Addition: | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |
| 1. **Gesichtsfeld** | **Rechtes Auge:** |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **Linkes Auge:** |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | |
| 1. **Augenärztliche Kontrollen / Behandlungen** | 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. **Hochgradige Sehschwäche** | Besteht eine hochgradige Sehschwäche gemäss der Definition auf der Rückseite?  Ja Nein | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Wenn ja, seit wann? Monat / Jahr:** | | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Einverständnis** | Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Formular mit der Zustimmung der betroffenen Person an die IV weitergeleitet wird?  Ja  Nein | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Bericht der Beratungsstelle** | Wünschen Sie eine Rückmeldung?  Ja  Nein | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |

**Stempel und Unterschrift der Augenärztin / des Augenarztes**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort / Datum |  |

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)*