SICHTBAR BRIG

GEMEINSAM NACH VORNE SEHEN.

Bahnhofstrasse 10
3900 Brig
Tel. 027 923 48 48
sichtbar-brig@blind.ch; www.blind.ch

Augenärztliche Angaben zur Beantragung einer Hilflosenentschädigung leichten Grades im Sonderfall für:

Personalien	Name, Vorname:	
	Geburtsdatum:	
	Adresse:	
	PLZ, Ort:	

1. Besteht ein bestkorrigierter Fernvisus von beidseits weniger als 0.2? Ja ☐ Nein ☐
2. Besteht beidseitig eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20° horizontaler Durchmesser, Goldmann Perimeter Marke III/4)? Ja ☐ Nein ☐
3. Besteht gleichzeitig eine Verminderung der Sehschärfe und eine Gesichtsfeldeinschränkung, ohne dass aber die Grenzwerte von 1. und 2. erreicht werden, jedoch mit den gleichen Auswirkungen? Ja ☐ Nein ☐
4. Falls eine der Fragen 1.-3. mit ja beantwortet wurde: Seit wann bestehen die obigen Beeinträchtigungen? (Monatsangaben zwingend wegen Wartejahr)

   Monat _____ Jahr _____

Gesetzliche Grundlagen gemäss Kreisschreiben über Hilflosigkeit (KSH), Rz. 3013-3014

➔ **Gesetzliche Grundlagen zu Fragen 1.-3.: Anspruchskriterien:**
Eine hochgradige Sehschwäche ist anzunehmen, wenn einer der drei folgenden Punkte zutrifft:

1. Der korrigierte Fernvisus beträgt beidseits weniger als 0.2
2. Das Gesichtsfeld ist beidseits auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20° horizontaler Durchmesser) eingeschränkt (Gesichtsfeldmessung mit Goldmann-Perimeter Marke III/4).
3. Es bestehen eine Verminderung der Sehschärfe und eine Gesichtsfeldeinschränkung, ohne dass aber die Grenzwerte, die unter Punkt 1 und 2 beschrieben werden, erreicht werden. Eine hochgradige Sehschwäche ist dann anzunehmen, wenn sie die gleichen Auswirkungen wie eine Visusminderung oder Gesichtsfeldeinschränkung vom erwähnten Ausmass haben. Dies gilt auch bei anderen Beeinträchtigungen des Gesichtsfeldes (beispielsweise sektor- oder sichelförmige Ausfälle, Hemianopsien, Zentralskotome).

➔ **Gesetzliche Grundlagen zu Fragen 4.: Zeitpunkt der Entstehung des Anspruches:**
Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in welchem die obgenannten Kriterien erfüllt sind und ununterbrochen während mindestens einem Jahr im IV-Alter, bzw. 6 Monaten im AHV-Alter, bestanden haben (Wartezeit). Der Entscheid wird durch die zuständige IV-Stelle erlassen.

Beratende Kontaktperson
(verpflichtet sich im Sinne der beruflichen Schweigepflicht nach Art. 35 des Bundesgesetzes über Datenschutz zur Geheimhaltung aller Angaben)

Stempel und Unterschrift der Augenärztin/ des Augenarztes

Ort, Datum: _____ Ort, Datum: _____