



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: |