

## Ärztliches Zeugnis

<b>Personalien</b>	Name / Vorname:	Telefon:							
	Geburtsdatum:	Mobil:							
	Adresse:	Email:							
	PLZ / Ort:	Kontaktperson:							
<b>1. Diagnose</b>	Rechtes Auge: Linkes Auge Sehbehindert seit:								
<b>2. Visus Ferne</b>	<table border="1"> <tr> <td><b>Rechtes Auge:</b></td> <td>in</td> <td>m</td> <td><b>Refraktion:</b></td> </tr> <tr> <td><b>Linkes Auge:</b></td> <td>in</td> <td>m</td> <td><b>Refraktion:</b></td> </tr> </table>	<b>Rechtes Auge:</b>	in	m	<b>Refraktion:</b>	<b>Linkes Auge:</b>	in	m	<b>Refraktion:</b>
<b>Rechtes Auge:</b>	in	m	<b>Refraktion:</b>						
<b>Linkes Auge:</b>	in	m	<b>Refraktion:</b>						
<b>3. Visus Nähe</b>	<table border="1"> <tr> <td>Rechtes Auge:</td> <td>in</td> <td>cm</td> <td>Addition:</td> </tr> <tr> <td>Linkes Auge:</td> <td>in</td> <td>cm</td> <td>Addition:</td> </tr> </table>	Rechtes Auge:	in	cm	Addition:	Linkes Auge:	in	cm	Addition:
Rechtes Auge:	in	cm	Addition:						
Linkes Auge:	in	cm	Addition:						
<b>4. Gesichtsfeld</b>	<table border="1"> <tr> <td><b>Rechtes Auge:</b></td> </tr> <tr> <td><b>Linkes Auge:</b></td> </tr> </table>		<b>Rechtes Auge:</b>	<b>Linkes Auge:</b>					
<b>Rechtes Auge:</b>									
<b>Linkes Auge:</b>									
<b>5. Augenärztliche Kontrollen / Behandlungen</b>	In welchen Abständen? Therapie / Behandlung:								
<b>6. Prognose</b>	Was ist zu erwarten? <input type="checkbox"/> keine Veränderung <input type="checkbox"/> Besserung <input type="checkbox"/> Verschlechterung Ist der Patient über die Prognose informiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein								
<b>7. Hochgradige Sehschwäche</b>	Besteht eine hochgradige Sehschwäche gemäss der Definition auf der Rückseite? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>Wenn ja, seit wann? Monat / Jahr:</b>								
<b>8. Einverständnis</b>	Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Formular mit der Zustimmung der betroffenen Person an die IV weitergeleitet wird? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein								
<b>9. Bericht der Beratungsstelle</b>	Wünschen Sie eine Rückmeldung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein								

### Stempel und Unterschrift der Augenärztin / des Augenarztes

Ort / Datum



**SBV FSA**

Schweizerischer Blinden-  
und Sehbehindertenverband

Fédération suisse des  
aveugles et malvoyants

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)*