

## Ärztliches Zeugnis

<b>Personalien</b>	Name / Vorname:	Telefon:
	Geburtsdatum:	Mobil:
	Adresse:	E-Mail:
	PLZ / Ort:	Kontaktperson:
<b>1. Diagnose</b>	Rechtes Auge: .....	.....
	Linkes Auge: .....	.....
	Sehbehindert seit: .....	
<b>2. Visus Ferne</b>	<b>Rechtes Auge:</b> ..... in ..... m	<b>Refraktion:</b> .....
	<b>Linkes Auge:</b> ..... in ..... m	<b>Refraktion:</b> .....
<b>3. Visus Nähe</b>	Rechtes Auge: ..... in ..... cm	Addition: .....
	Linkes Auge: ..... in ..... cm	Addition: .....
<b>4. Gesichtsfeld</b>	<b>Rechtes Auge:</b> .....	.....
	<b>Linkes Auge:</b> .....	.....
<b>5. Augenärztliche Kontrollen / Behandlung</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 type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn ja, seit wann? Monat / Jahr: .....	
<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 des Augenarztes / der Augenärztin**

Ort / Datum: .....

Hochgradig sehenschwache 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)*