|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ärztliches Zeugnis** | |  | |
| **Personalien** | Name und Vorname:  Geburtsdatum:  Adresse:  PLZ/Ort:  Telefon:  E-Mail: | | |
| 1. **Diagnose** | Rechtes Auge:  Linkes Auge:  Sehbehindert seit: | | |
| 1. **Visus Ferne** | **Rechtes Auge:** in       m **Refraktion:**  **Bitte Seite 2 beachten!**  **Linkes Auge:** in       m **Refraktion:** | | |
| 1. **Visus Nähe / Vergrösserungs-bedarf (VGB)** | Rechtes Auge:       in       cm / VGB:       in       cm Addition:  Linkes Auge:       in       cm / VGB:       in       cm Addition: | | |
| 1. **Gesichtsfeld** | **Rechtes Auge:**  **Linkes Auge:** | | |
| 1. **Augenärztliche Kontrollen / Behandlung** | 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. **Arbeitsfähigkeit** | (im jetzigen Tätigkeitsfeld bei Patienten im IV-Alter) | | |
| 1. **Bemerkungen / Auftrag an die Beratungsstelle** |  | | |
| 1. **Bericht der Beratungsstelle** | Wünschen Sie eine Rückmeldung?  ja  nein | | |
| **Beratende Kontaktperson** (verpflichtet sich im Sinne der beruflichen Schweigepflicht nach Art. 35 des Bundesgesetzes über den Datenschutz zur Geheimhaltung aller Angaben)  Ort / Datum: | | | **Stempel und Unterschrift des Augenarztes / der Augenärztin**  Ort / Datum: |

**Bitte füllen Sie diesen Abschnitt bei Personen im IV- und im AHV-Alter aus!**

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)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Besteht eine hochgradige Sehschwäche?** | Besteht eine hochgradige Sehschwäche gemäss der obigen Definition?  **Ja**  Nein  **Wenn ja, seit wann? Monat/Jahr:** |
| 1. **Einverständnis** | Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Formular mit dem Einverständnis der betroffenen Person an die IV weitergeleitet wird?  Ja  Nein |
| 1. **Zusätzliche Angaben zur Person** |  |