



## AUGENÄRZTLICHES ZEUGNIS

|                      |  |                                 |   |  |
|----------------------|--|---------------------------------|---|--|
| <b>Personalien</b>   | Name, Vorname:   | <input type="text"/>            |   |  |
|                      | Geburtsdatum:  | <input type="text"/>            |   |  |
|                      | Adresse:   | <input type="text"/>            |   |  |
|                      | PLZ, Ort:  | <input type="text"/>            |   |  |
|                      | Tel.:  | <input type="text"/>            |   |  |
| <b>Kontaktperson</b> | Name, Vorname:   | <input type="text"/>            |   |  |
|                      | Tel.:  | <input type="text"/>            |   |  |
| <b>Diagnose</b>      | OD   | <input type="text"/>            |   |  |
|                      | OS   | <input type="text"/>            |   |  |
| <b>Ursache</b>       | Krankheit <input type="checkbox"/>                                   | Unfall <input type="checkbox"/> | Geburtsgebrechen <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Sehschärfe</b>    | Datum der letzten augenärztlichen Untersuchung: <input type="text"/> |                                 |   |  |
|                      | Vsc: OD  | <input type="text"/>            |   |  |
| <b>Ferne</b>         | 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"/>                  |  |
| <b>Nähe</b>          | OS   | <input type="text"/>            | Add <input type="text"/>                  |  |



|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Binokularstatus</b>             | Ferne: <input type="text"/><br><br>Nähe: <input type="text"/>  |
| <b>Gesichtsfeld</b>                | eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/><br>Art der Einschränkung: <input type="text"/>   |
| <b>Prognose</b>                    | sich verbessernd <input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> sich verschlechternd <input type="checkbox"/>  |
| <b>Bemerkungen</b>                 | <input type="text"/>   |
| <b>Bericht der Beratungsstelle</b> | Wünschen Sie einen Bericht der Beratungsstelle?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   |
|                                    | Stempel<br>der Augenärztin / des Augenarztes:<br><br><br><br><br><br>Ort, Datum und Unterschrift<br>der Augenärztin / des Augenarztes: .....<br><br><b>Ermächtigung:</b><br>Der behandelnde Augenarzt / die behandelnde Augenärztin wird ermächtigt, die im Zeugnis erhobenen Daten der aufgeführten Beratungsstelle des Schweizerischen Blindenbundes weiterzugeben.<br><br><br>Ort, Datum und Unterschrift<br>der Patientin / des Patienten: ..... |