

4. Angaben zum Sehvermögen

4.1 Liegt völlige Erblindung vor? ja nein
(Keine Lichtscheinwahrnehmung auf beiden Augen.)

4.2 Sehminderung

Wenn keine völlige Erblindung vorliegt, bitte die zentrale Sehschärfe jeweils ohne und mit Korrektur angeben, maßgeblich ist jedoch der Wert mit bestmöglicher Korrektur.

Besonders bei Prüfung unter 5 Meter die Sehschärfe bitte als Bruchzahl angeben (Ist-Entfernung im Zähler, Soll-Entfernung im Nenner).

Sehschärfe rechtes Auge:	ohne Korrektur: Prüfentfernung in ____	mit Korrektur: Meter
Sehschärfe linkes Auge:	ohne Korrektur: Prüfentfernung in ____	mit Korrektur: Meter
Sehschärfe beidäugig:	mit Korrektur:	Prüfentfernung in ____ Meter

4.3 Gesichtsfeldprüfung

Ist immer dann erforderlich, wenn die Sehschärfe mehr als 1/50 (0,02) beträgt.

Gesichtsfeldeinschränkung ja nein

Einengung des Gesichtsfeldes von außen:

rechtes Auge: die Außengrenze ist eingengt bis auf max. ____ Grad

linkes Auge: die Außengrenze ist eingengt bis auf max. ____ Grad

(Maßgeblich ist die größte Ausdehnung des Gesichtsfeldes.)

zentraler Gesichtsfeldausfall (z.B. durch Zentralskotom)

rechtes Auge: es besteht zentraler Gesichtsfeldausfall bis zu max. ____ Grad

linkes Auge: es besteht zentraler Gesichtsfeldausfall bis zu max. ____ Grad

(Maßgeblich ist die kleinste Ausdehnung des Zentralskotoms.)

Bitte immer Kopien der Gesichtsfeldmessungen beifügen!

Hinweis: Es können nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend Goldmann-Perimeter III/4e verwertet werden (vgl. „Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft – DOG-Richtlinie“ und „Kapitel 4 Versorgungsmedizinische Grundsätze (VersMedV)“). Sollte kein Goldmann-Perimeter oder ein entsprechendes Gerät zur Verfügung stehen (z.Zt. Twinfield, Octopus 101 bzw. 900 mit Zusatzsoftware) geben wir anheim, die Prüfung bei einer anderen Stelle vornehmen zu lassen.

5. Stimmen die subjektiven Angaben mit dem objektiven Befund überein?

ja nein

6. Abschließende Beurteilung:

Die medizinischen Voraussetzungen zur Erlangung der Blindenhilfe liegen vor nach (vgl. Vorseite)

1) Landesblindenhilfe nach dem BliHG: Ziffer 1.1a) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Ziffer 1.1b) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Ziffer 1.1c) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	2) Blindenhilfe nach § 72 SGB XII bzw. nach § 27d BVG: Ziffer 1.2a) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Ziffer 1.2b) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Ziffer 1.2c) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
---	--

Diese medizinischen Voraussetzungen sind erfüllt seit:

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift des Augenarztes

Grundsätzlich ist das Formular vollständig auszufüllen, d.h. jedes Feld (insbesondere auch die medizinischen Punkte 3.1 bis 3.9 und 4.1 bis 4.3).