



## AUGENÄRZTLICHES ZEUGNIS

Mit der Anmeldung bei der Sehbehindertenhilfe ermächtigt die folgende Person die Ärztin respektive den Arzt, die auf diesem Formular abgefragten Angaben zu ergänzen:

### PERSONALIEN

Vorname und Name	Vorname Name
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Strasse	Strasse
Postleitzahl und Ort	Postleitzahl Ort
Telefonnummer	Telefonnummer
Sozialversicherungsnummer	Sozialversicherungsnummer

### AUGENÄRZTLICHE DIAGNOSEN

### BESTKORRIGIERTER FERNVISUS UND REFRAKTION

	Rechtes Auge	Linkes Auge
Bestkorrigierter Fernvisus		
Refraktion		
Gesichtsfeld <i>Bitte legen Sie Kopien der Messungen bei.</i>		

### AUGENÄRZTLICHE KONTROLLE UND THERAPIE

In welchen Abständen?		Letztmals am	
Therapie			

### EMPFEHLUNG WEISSE STÖCKE

Ja  Nein

### BEMERKUNGEN

### EINVERSTÄNDNIS

Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Formular mit dem Einverständnis der betroffenen Person an die IV weitergeleitet wird?  Ja  Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Formular an die betroffene Person weitergeleitet wird?  Ja  Nein

Die beratende Fachperson handelt im Einverständnis mit der betroffenen Person und verpflichtet sich im Sinne der beruflichen Schweigepflicht nach Art. 35 des Bundesgesetzes über Datenschutz zur Geheimhaltung aller Angaben.

Stempel und Unterschrift der Augenärztin respektive des Augenarztes

Datum



## **AUGENÄRZTLICHES ZEUGNIS FÜR HILFLOSENENTSCHÄDIGUNG**

### **PERSONALIEN**

Vorname und Name	Vorname Name
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Strasse	Strasse
Postleitzahl und Ort	Postleitzahl Ort
Telefonnummer	Telefonnummer
Sozialversicherungsnummer	Sozialversicherungsnummer

**GESETZLICHE GRUNDLAGEN gemäss Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung KSIH.** Eine hochgradige Sehschwäche ist anzunehmen, wenn einer der drei folgenden Punkte zutrifft:

1. Der korrigierte Fernvisus beträgt beidseits weniger als 0.2.  Ja  Nein
2. Das Gesichtsfeld ist beidseits auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20 Grad horizontaler Durchmesser) eingeschränkt (Gesichtsfeldmessung mit Goldmann-Perimeter Marke III/4).  Ja  Nein
3. Es bestehen eine Visusminderung und eine Gesichtsfeldeinschränkung ohne Erreichen der unter Punkt 1 und 2 beschriebenen Grenzwerte. Haben diese die gleichen Auswirkungen wie bei Punkt 1 oder 2 beschrieben, so ist ebenfalls eine hochgradige Sehschwäche anzunehmen (beispielsweise sektor- oder sichelförmige Ausfälle, Hemianopsien, Zentralskotome).  Ja  Nein
4. Falls eine der Fragen von 1 bis 3 mit ja beantwortet wurde:  
Seit wann bestehen die Beeinträchtigungen? .....  
*Monatsangabe zwingend wegen Wartejahr* Monat und Jahr

Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in welchem die obengenannten Kriterien erfüllt sind und ununterbrochen während mindestens einem Jahr im IV-Alter bzw. 6 Monaten im AHV-Alter bestanden haben (Wartejahr). Der Entscheid wird durch die zuständige IV-Stelle erlassen.

### **BEMERKUNGEN**

**Dieses Zeugnis wurde von der Sehbehindertenhilfe Basel am ..... angefordert.**

### **EINVERSTÄNDNIS**

Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Formular mit dem Einverständnis der betroffenen Person an die IV weitergeleitet wird?  Ja  Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Formular an die betroffene Person weitergeleitet wird?  Ja  Nein

Die beratende Fachperson handelt im Einverständnis mit der betroffenen Person und verpflichtet sich im Sinne der beruflichen Schweigepflicht nach Art. 35 des Bundesgesetzes über Datenschutz zur Geheimhaltung aller Angaben.

.....  
Stempel und Unterschrift der Augenärztin respektive des Augenarztes

.....  
Datum