|  |
| --- |
| Fachstelle für Früherziehung und Integrative Sonderschulung Visiopädagogischer Dienst |

Augenärztliches Zeugnis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name:** |  | **Vorname:** |  |
| Geburtsdatum: |  | IV-Nr.: | 056. |
| Adresse: |  | | |
| Telefon: |  | Mail: |  |

1. **Diagnose:**

Bds.:

Rechtes Auge:

Linkes Auge:

1. **Ursache der Sehschädigung: Geburtsgebrechen, Unfall, Krankheit (welche)**

1. **Seit wann besteht die Sehschädigung?**

1. **Visus und Refraktion**

Verwendete Tests:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Visus sc**  **Ferne** | Sph. | Cyl. | Achse | **Visus cc Ferne** | Prisma | Basis | **Visus sc Nähe** | Add. | **Visus cc Nähe** |
| Rechts |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Links |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bin: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Diese Werte wurden verordnet:  ja, am        nein

1. **Gesichtsfeld eingeschränkt?** ja nein nicht geprüft

Wenn eingeschränkt, wie?

Rechtes Auge:       linkes Auge:

*Bitte Protokoll beilegen*

1. **Okulomotorik**
2. Kann der Patient **fixieren?** ja nein nicht geprüft

Wenn nicht, weshalb?

1. Kann der Patient **konvergieren?** ja nein nicht geprüft

Wenn nicht, weshalb?

1. **Akkommodationsfähigkeit?** normal unzureichend nicht vorhanden

nicht geprüft

1. **Folgebewegungen?** gleichmässig sakkadiert fehlend

ungenau nicht geprüft

1. **Sakkaden?** genau schnell langsam

unregelmässig fehlend nicht geprüft

1. **Binokularsehen vorhanden?** ja nein nicht vorhanden

nicht geprüft

1. **Besteht Farbenfehlsichtigkeit?** ja nein nicht geprüft

Wenn ja, in welcher Ausprägung?

1. **Sind augenärztliche Kontrollen notwendig?**

Wenn ja, wie oft?       Wann war die letzte Kontrolle?

1. **Kann eine Besserung, bzw. Veränderung erzielt werden?**
2. Durch ärztliche Behandlung?
3. Durch chirurgische Eingriffe?
4. Durch Tragen einer Brille?  durch Tragen von Kontaktlinsen?
5. Durch Orthoptik?
6. **Verlauf der Sehschädigung?**

Verbesserung? 🡪

stabil? 🡪

Verschlechterung? 🡪

Beschrieb:

1. **Sonstiges**
2. Gibt es Tätigkeiten, die vermieden werden sollten? nein ja

Wenn ja, welche:

1. Tragen einer Schutzbrille? ja nein
2. Verkehrsteilnahme (Velo, Mofa)? ja nein
3. Weitere Bemerkungen

**Datum:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Augenärztliches Zeugnis ausgestellt von:**  🡪 Stempel | **Unterschrift:** |

***Bitte senden oder mailen Sie das Formular an die untenstehende Adresse***

Thomas Imhof, Visiopädagogischer Dienst, Maihofstrasse 95c, 6006 Luzern /

Mail: thomas.imhof@edulu.ch