|  |
| --- |
| Fachstelle für Früherziehungund Integrative SonderschulungVisiopädagogischer 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