

Augenfachärztliche Bescheinigung	
1	Name und Anschrift der Augenärztin/des Augenarztes:
Information zu Ihrer/m Patientin/en	
2	Nachname, Vorname:
3	Geburtsdatum:
4	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):
5	wurde augenfachärztlich untersucht am:
6	Die/Der oben Genannte steht bei mir in Behandlung seit:
7	Datum der letzten augenfachärztlichen Untersuchung:
Angaben zur Sehbehinderung	
<p style="text-align: center;">Zur Beachtung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt</p> <p>Der Beurteilung ist die Sehschärfe des besseren Auges und das beidäugige Sehvermögen sowie das beidäugig geprüfte Gesichtsfeld zugrunde zu legen (Ausnahmen: 13.9 bzw. 14.8). Die Ergebnisse sind auf der Grundlage von DIN 58220 und EN ISO 8596 zu erheben.</p> <p>Der perimetrische Befund muss mit einer manuell kinetischen Methode entsprechend Goldmann III/4e erstellt werden (vgl. „Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft [DOG]“ und „Kapitel 4 Versorgungsmedizinische Grundsätze [VersMedV]“). Sollte kein Goldmann-Perimeter oder ein entsprechendes Gerät zur Verfügung stehen (z. Zt. Twinfield, Octopus 101 bzw. 900) ist der Befund bei einer anderen Stelle vorzunehmen.</p>	

8	Genau Bezeichnung des Augenleidens und Ursache:
9	Gegebenenfalls weitere Ausführungen:
10	Ist eine Besserung des Augenleidens zu erwarten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegebenenfalls durch folgende Maßnahme:
11	Ist in der Zukunft die Durchführung einer Augenoperation oder eine medikamentöse Behandlung/Therapie geplant oder erfolgt eine solche Maßnahme zurzeit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende Maßnahme: (voraussichtlicher) Termin: _____

12	<p>Zentrale Sehschärfe (in Bruch- oder Dezimalzahlen) ohne und mit Korrektur (bitte auch Höhe der Korrektur angeben oder G. b. n.)</p> <p>Rechts ohne _____ mit bestmöglicher Korrektur: _____</p> <p>Links ohne _____ mit bestmöglicher Korrektur: _____</p> <p>Sehvermögen beidäugig: _____</p>
13	<p><input type="checkbox"/> Sehschärfe beträgt auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,02 (1/50).</p>
13.1	<p><input type="checkbox"/> Sehschärfe beträgt auf mindestens einem Auge oder beidäugig mehr als 0,02 (1/50), jedoch liegen nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vor, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind.</p> <p>Bitte 13.2 - 13.9 prüfen und ggf. ankreuzen - bitte Gesichtsfeldschemata beifügen!</p>
13.2	<p><input type="checkbox"/> Bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.</p>
13.3	<p><input type="checkbox"/> Bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.</p>
13.4	<p><input type="checkbox"/> Bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 7,5 ° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.</p>
13.5	<p><input type="checkbox"/> Bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.</p>
13.6	<p><input type="checkbox"/> Bei großen Skotomen im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und im 50°- Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als die Hälfte ausgefallen ist.</p>
13.7	<p><input type="checkbox"/> Bei homonymen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.</p>
13.8	<p><input type="checkbox"/> Bei bitemporalen oder binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.</p>
13.9	<p><input type="checkbox"/> Sehstörungen, die nach Ansicht des Untersuchers einer Sehschärfeherabsetzung auf 0,02 (1/50) gleichkommen, die aber durch die vorstehenden Abgrenzungen nicht erfasst sind.</p> <p>Bitte ausführlich begründen.</p>

14	<input type="checkbox"/> Sehschärfe beträgt auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,05 (1/20).
14.1	<input type="checkbox"/> Sehschärfe beträgt auf mindestens einem Auge oder beidäugig mehr als 0,05 (1/20), jedoch liegen nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vor, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe von nicht mehr als 0,05 (1/20) gleichzustellen sind. Bitte 14.2 – 14.8 prüfen und ggf. ankreuzen - bitte Gesichtsfeldschemata beifügen!
14.2	<input type="checkbox"/> Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
14.3	<input type="checkbox"/> Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,2 (2/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 20° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
14.4	<input type="checkbox"/> Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von mehr als 0,2 (2/10) die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 10° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
14.5	<input type="checkbox"/> Bei großen Skotomen im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,2 (2/10) beträgt und im 50°- Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als 2/3 ausgefallen ist.
14.6	<input type="checkbox"/> Bei homonymen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,2 (2/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.
14.7	<input type="checkbox"/> Bei bitemporalen und binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,2 (2/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.
14.8	<input type="checkbox"/> Sehschädigungen, die nach Ansicht des Untersuchers einer Sehschärfenherabsetzung auf 0,05 (1/20) gleichkommen, die aber durch die vorstehenden Abgrenzungen nicht erfasst sind. Bitte ausführlich begründen.
15	Das angegebene Sehvermögen entspricht dem objektiven Befund <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<p>_____</p> <p>Ort, Datum, Stempel</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift der Augenärztin/des Augenarztes</p>