

Name und Anschrift d. Augenarztes / Augenärztin / Arztstempel

Ort, Datum

AUGENFACHÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Angaben zur Person

1. Name, Vorname (ggf. Geburtsname)		Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Staatsangehörigkeit	Telefon	
Name und Anschrift des / der Erziehungsberechtigten bei Kindern		

Angaben zur Sehbehinderung

2. Der / die Sehbehinderte steht bei mir in Behandlung seit
Datum der letzten augenärztlichen Untersuchung (die Untersuchung soll bei Antragstellung nicht länger als 6 Monate zurückliegen!)
Augenärztlicher Befund (Erhebungsdatum und exakte Beschreibung der krankhaften Veränderungen der Augenabschnitte)
Diagnose
Welche Erkrankung führte vorwiegend zur Sehminderung?

Untersuchungsergebnisse bei Blindheit

3.	Zentrale Sehschärfe (in Bruch- oder Dezimalzahlen) ohne und mit Korrektur (bitte auch Höhe der Korrektur angeben oder G.b.n.)		
	Rechts	ohne _____ mit bestmöglicher Korrektur: _____	Sehvermögen beidäugig:
	Links	ohne _____ mit bestmöglicher Korrektur: _____	_____
3.1	<input type="checkbox"/>	Sehschärfe beträgt auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,02 (1/50)	
3.2	<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. (bitte 3.2.1 - 3.2.8 prüfen und ggf. ankreuzen).	
3.2.1	<input type="checkbox"/>	Bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,03 (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.	
3.2.2	<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.	
3.2.3	<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.	
3.2.4	<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.	
3.2.5	<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.	
3.2.6	<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.	
3.2.7	<input type="checkbox"/>	Bei bitemporalen oder binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.	
3.2.8	<input type="checkbox"/>	Sehschädigungen, die nach Ansicht des Untersuchers einer Sehschärfeherabsetzung auf 0,02 (1/50) gleichkommen, die aber durch die vorstehenden Abgrenzungen nicht erfasst sind. Bitte unter Ziffer 8 ausführlich begründen.	
3.3	Ich empfehle die Einstufung als blind.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.4	Das angegebene Sehvermögen entspricht dem objektiven Befund.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

- Im Falle der Position 3.2.1 bis 3.2.8 bitte Gesichtsfeldschemata beifügen! -

Untersuchungsergebnisse bei hochgradiger Sehbehinderung

4.	Zentrale Sehschärfe (in Bruch- oder Dezimalzahlen) ohne <u>und</u> mit Korrektur (bitte auch Höhe der Korrektur angeben oder G.b.n.)		
	Rechts	ohne _____	mit bestmöglicher Korrektur: _____ Sehvermögen beidäugig:
	Links	ohne _____	mit bestmöglicher Korrektur: _____
4.1	<input type="checkbox"/> Sehschärfe beträgt auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,05 (1/20).		
4.2	<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) gleichzuachten sind (bitte 4.2.1 - 4.2.7 prüfen und ggf. ankreuzen).		
4.2.1	<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.		
4.2.2	<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.		
4.2.3	<input type="checkbox"/> Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,3 (3/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 10° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.		
4.2.4	<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.		
4.2.5	<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.		
4.2.6	<input type="checkbox"/> Bei bitemporalen und binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,2 (2/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.		
4.2.7	<input type="checkbox"/> Sehschädigungen, die nach Ansicht des Untersuchers einer Sehschärfeherabsetzung auf 0,05 (1/20) gleichkommen, die aber durch die vorstehenden Abgrenzungen nicht erfasst sind. Bitte unter Ziffer 8 ausführlich begründen.		
4.3	Ich empfehle die Einstufung als hochgradig sehbehindert.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.4	Das angegebene Sehvermögen entspricht dem objektiven Befund.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

- Im Falle der Positionen 4.2.1 bis 4.2.7 bitte Gesichtsfeldschemata beifügen! -

5. Zur Beachtung durch den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin

5.1 Der Beurteilung ist die Sehschärfe des besseren Auges und das beidäugige Sehvermögen sowie das beidäugig geprüfte Gesichtsfeld zugrunde zu legen (Ausnahmen: 3.2.8 bzw. 4.2.7). Die Ergebnisse sind auf der Grundlage von DIN 58220 und EN ISO 8596 zu erheben.

Falls der perimetrische Befund zur Zuerkennung von Blindengeld für Blinde oder hochgradig Sehbehinderte führt, muss ein Befund beigelegt sein, der mit einer manuell kinetischen Methode entsprechend Goldmann III/4e (Prüfmarkendurchmesser 30 Winkelminuten; Prüfmarkenleuchtdichte 320 cd/m², entsprechend Filterstellung e, Bezeichnung 1,0, Umfeldleuchtdichte 10 cd/m²) erstellt wurde.

5.2 Die Ausmessung bzw. Abschätzung des blinden Bereiches in der unteren Gesichtshälfte (Pos. 3.2.5 bzw. 4.2.4) soll auf dem Perimeterformular und nicht in der Perimeterkugel geschehen.

5.3 Grundlage für die Beurteilung der Sehstörung sind ausschließlich Störungen im Bereich der optischen Bahnen. Visuell agnostische Störungen (wie z.B. im Rahmen von Demenz, apallischem Syndrom, Wachkoma u.a.) finden keine Berücksichtigung.

6. Kann die Sehbehinderung durch ärztliche Behandlung oder einen ärztlichen Eingriff behoben oder das Sehvermögen verbessert werden?

- nein
- ja, folgendermaßen:

7. Ist in den nächsten 6 Monaten die Durchführung einer Augenoperation, eine medikamentöse oder operative Therapie geplant oder erfolgt eine solche Maßnahme zur Zeit ?

- nein
- ja, folgender Eingriff:

- (voraussichtlicher) Termin: _____

8. Weitere Ausführungen des Augenarztes / der Augenärztin

zurück an:

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Blindengeldstelle
Kölnische Str. 30
34117 Kassel

Unterschrift des Augenarztes / der Augenärztin und Arztstempel