**Augenärztliche Auskünfte**

Wird durch die Augenärztin/den Augenarzt ausgefüllt.

|  |  |
| --- | --- |
| Name:  | Vorname:       |
| Adresse:       |
| SV-Nummer: 756.      | Geburtsdatum:       |

|  |
| --- |
| **Diagnose:**      |

|  |
| --- |
| **Ursache:**[ ]  Geburtsgebrechen [ ]  Unfall [ ]  Krankheit: 󠄪 [ ]  erblich [ ]  nicht erblich |

|  |
| --- |
| Seit wann ist die Schülerin/der Schüler sehbehindert bzw. blind?      |

|  |
| --- |
| **Prognose:**[ ]  Der Zustand ist stationär [ ]  Es ist eine Verschlechterung zu erwarten |
| Sind die Eltern über die Diagnose und die Prognose informiert? [ ]  ja [ ]  nein |

|  |
| --- |
| **Augenärztliche Massnahmen:**[ ]  Chirurgische Eingriffe geplant. Welche?      [ ]  Tragen von Kontaktlinsen[ ]  Tragen einer Brille[ ]  Tragen getönter Brillengläser gegen Blendung. |
| [ ]  Tragen einer Kantenfilterbrille. Welcher Filter?      [ ]  Vergrössernde Sehhilfen [ ]  schon vorhanden. Welche?       |
|  [ ]  noch keine vorhanden, wäre aber notwendig.[ ]  Okklusionstherapie Wie lange täglich?       |
| [ ]  Augentropfen Welche?       |
| [ ]  Andere Welche?       |

|  |
| --- |
| **Binokular-/Stereosehen:** |
| Simultansehen [ ]  ja [ ]  nein |
|  getestet mit:       |
| Stereosehen [ ]  ja [ ]  nein |
|  getestet mit:       |

|  |
| --- |
| **Gesichtsfeld:**[ ]  keine Einschränkungen zu erwarten |
| [ ]  Einschränkungen möglich |
| [ ]  Einschränkungen vorhanden |
| Falls Gesichtsfeldausmessungen durchgeführt wurden, bitte Kopie beilegen. |

|  |
| --- |
| **Visus** 󠄪[ ]  cc 󠄪[ ]  sc |
| **Ferne** | **Nähe** |
| Testmaterial:       | Testmaterial:       |
|  | Visus | Distanz |  | Visus**(auf Normdistanz umgerechnet)** | Distanz |
| re |       |       | re |       |       |
| li |       |       | li |       |       |
| bin |       |       | bin |       |       |

|  |
| --- |
| **Korrektur:** |
| [ ] Einstärkenbrille 󠄪[ ]  Bifokalbrille 󠄪[ ]  Gleitsichtbrille |
|  | Sph | Cyl | Achse | Addition | Prismen |
| re  |       |       |       |       |       |
| li  |       |       |       |       |       |
|  |
| [ ] Kontaktlinsen |
|  | Sph | Cyl | Achse | Addition | Prismen |
| re |       |       |       |       |       |
| li |       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **Fixation:** |
| rechts [ ]  zentral 󠄪[ ]  exzentrisch | links [ ]  zentral 󠄪[ ]  exzentrisch |

|  |
| --- |
| **Blendempfindlichkeit:** |
| [ ]  normal [ ]  erhöht |

|  |
| --- |
| **Farbsehen:** |
| [ ]  normal [ ]  Farbsinnstörung getestet mit:       |

|  |
| --- |
| **Weiteres:**      |

|  |
| --- |
| **Tätigkeiten, die vom Kind vermieden werden sollten** |
| **Allgemein:** |
| [ ]  Bücken |
| [ ]  Aufheben und Tragen von schweren Lasten |
| [ ]  starke körperliche Erschütterungen |
| [ ]  Arbeiten unter starker Sonne- und Hitzeeinwirkung  |
| [ ]  Staubeinwirkung |
| **Verkehrssicherheit:** |
| [ ]  Velo fahren im geschützten Rahmen |
| [ ]  Velo fahren im Strassenverkehr |
| [ ]  Mofa fahren |
| **Sportarten:** |
| [ ]  Laufsport |
| [ ]  Sprungsport (Hechtrolle, Trampolin, Hoch- und Weitsprung)[ ]  Geräteturnen (Barren, Reck, Bock, Kletterstange) |
| [ ]  Ballspiele[ ]  Wassersport (Schwimmen, Tauchen, Kopfsprünge ins Wasser, Rudern, Segeln,  Baden im Hallen-/Thermalbad)[ ]  Wintersport (Skilanglauf, Ski alpin, Snowboard, Schlitteln, Eis laufen)[ ]  Andere Sportarten (Judo, Reiten, Rollbrett fahren, Skating) |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen**:      |

|  |
| --- |
| **Augenärztliche Kontrollen:**In welchen Abständen?      Letzte Kontrolle am:       |

|  |
| --- |
| [ ]  Bitte LV-Abklärung einleiten |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:**      | **Stempel und Unterschrift:** |