



## Augenärztliche Auskünfte

Name: \_\_\_\_\_ SV-Nr.: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

---

Wird durch die Augenärztin/-arzt ausgefüllt.

**Bitte Zutreffendes unterstreichen**

1. **Diagnose**

Rechtes Auge: \_\_\_\_\_

Linkes Auge: \_\_\_\_\_

2. **Ursache**

Geburtsgebrechen, Unfall, Krankheit (erblich, nicht erblich)?

3. Seit wann ist die Schülerin/der Schüler sehbehindert bzw. blind? \_\_\_\_\_

4. **Prognose**

Ist der Zustand stationär, ist eine Verschlechterung zu erwarten?

Ist eine Besserung möglich durch:

- Konservative Therapie
- Chirurgische Eingriffe
- Tragen von Kontaktlinsen
- Tragen einer Brille
- Tragen getönter Brillengläser gegen Blendung
- Vergrössernde Sehhilfen
- Sehresttraining

Sind die Eltern über die Diagnose und die Prognose informiert? \_\_\_\_\_

5. **Augenärztliche Therapie**

Lokal, allgemein; wenn ja, welche \_\_\_\_\_

6. **Stereopsis**

7. **Gesichtsfeld**

Falls ausgeführt, bitte Kopie beilegen



8. **Visus** (mit Korrektur)

Ferne			Nähe		
Testmaterial:			Testmaterial:		
	Visus	Distanz		Visus	Distanz
re			re		
li			li		
bi			bi		

9. **Korrektur**

Rechtes Auge: \_\_\_\_\_

Linkes Auge: \_\_\_\_\_

10. **Fixation**

Zentral, exzentrisch

11. **Blendempfindlichkeit**

Normal, erhöht

12. **Hell-/Dunkel-Adaption**

13. **Farbsinnstörung**

Angeboren, erworben

14. **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, Mofa

**Bestimmte 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, Velo fahren im geschützten Raum)

15. **Augenärztliche Kontrollen**

In welchen Abständen \_\_\_\_\_

Letzte Kontrolle am \_\_\_\_\_

**Datum:**

**Stempel und Unterschrift:**

**Vollmacht der Eltern**

Wir ermächtigen hiermit die Augenärztin/den Augenarzt, die auf diesem Formular gewünschten Auskünfte zu geben.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_