**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:** |