

Augenärztlicher Bericht

zur Vorlage in der Praxis **Orientierung & Mobilität** für blinde und sehbehinderte Menschen auf der Grundlage der zuletzt durchgeführten augenärztlichen Untersuchung
am: _____

für Frau/Herrn: _____

Diagnose: _____

Ursache der Sehschädigung: _____

Beginn der Sehschädigung: _____

Visus (sc / cc): _____

Nahvisus: _____

Fernvisus: _____

Gesichtsfeld (bitte ggf. Kopie des GF-schemas beifügen): _____

Farbwahrnehmung: _____

Hell-Dunkel Adaption: _____

Prognose: _____

Medikation: _____

Optische Hilfsmittel / vergrößernde Sehhilfen: _____

Besonderheiten: _____

Datum:

Stempel und Unterschrift: