

Name und Anschrift des Arztes (Stempel)

(Ausstellungsdatum)

Augenfachärztliche Bescheinigung zur Erlangung

- des Blindengeldes**
 der Hilfe für hochgradig Sehbehinderte (zutreffendes bitte ankreuzen)

nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG)

Name, Vorname und ggf. Geburtsname	geboren am:
PLZ, Wohnort, Straße	

1. Anamnese:

2. Befund (krankhafte Veränderungen der einzelnen Augenabschnitte):

3. Sehvermögen am _____ (**Untersuchungsdatum**)

3.1 Zentrale Sehschärfe mit Korrektur (Höhe der Korrektur in sph./cyl.dptr. bitte angeben):

Rechts _____

Links _____

3.2 Gesichtsfeld (**Goldmann III/4** oder entsprechende Qualität):

Nach den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft darf nur mit einer manuell-kinetischen Methode untersucht werden. Schemata bitte beifügen, wenn Sehschärfe besser als 1/20 (Hilfe für hochgradig Sehbehinderte) oder 1/50 (Blindengeld). Falls nicht mehr zu prüfen, bitte Gründe angeben und nach dem objektiven Befund schätzen.

4. Welche Erkrankung führte vorwiegend zur Sehminderung?

5. Entspricht das Sehvermögen dem objektiven Befund? ja nein
6. Ist eine Besserung des Sehvermögens zu erwarten? ja nein
7. Ist die Blindheit/Sehminderung ganz oder zum Teil Folge eines Unfalles?
Oder einer Kriegsverletzung? ja nein

(Unterschrift)