

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)