

Landratsamt Esslingen
Amt für besondere Hilfen - SG 332
73726 Esslingen am Neckar

Diese Bescheinigung gilt nur zur
Vorlage beim Landratsamt Esslingen.

Füllen Sie bitte diese Bescheinigung
vollständig und gut lesbar aus!

Augenfachärztliche Befundbeschreibung

zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen nach dem Blindenhilfegesetz Baden-Württemberg und
nach § 72 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) bzw. zur Feststellung einer Behinderung nach § 69 SGB IX

1. Angaben zur Person des sehbehinderten Menschen:

Name	Vorname		geboren am
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	

2. Ist die Mitwirkung bei der Befunderhebung durch himorganisches Psychosyndrom / andere Gründe beeinträchtigt?

ja nein

3. Augenbefund:

3.1 Der / Die Sehbehinderte steht bei mir in Behandlung seit: _____

3.2 Der nachstehende Befund wurde zuletzt erhoben am: _____

3.3 Welche krankhafte Veränderung führte vorwiegend zur Erblindung / Sehbehinderung?
(Bitte mit Datum, Diagnose und exakter Befundbeschreibung)

3.4 sonstige Augenbefunde:

3.5 Ist die Sehbehinderung die Folge eines Unfalles oder einer sonstigen äußeren Einwirkung?

ja nein

3.6 Ist mit einer Besserung der Sehfähigkeit zu rechnen, ggf. voraussichtlich wann?

ja, zum _____ nein

3.7 Können operative Eingriffe bzw. andere Behandlungsformen die Sehfähigkeit bessern?

ja bisher nicht geplant bereits geplant zum _____ nein

4. Angaben zum Sehvermögen:

4.1 Liegt **völlige Erblindung**, d.h. keine Lichtscheinwahrnehmung auf beiden Augen vor?

ja nein

Wurde eine Brille verordnet bzw. wird eine solche genutzt/getragen?

ja nein

Sehstärke (Dioptrie) der Brille: rechtes Auge: _____ linkes Auge: _____, verordnet/beschafft am: _____

Welchem Zweck dient diese? Besserung der Sehfähigkeit sonstiger Grund:

4.2 Sehminderung

Wenn keine völlige Erblindung vorliegt, bitte die zentrale Sehschärfe jeweils ohne und mit Korrektur angeben, **maßgeblich** ist der **Wert mit Korrektur**. Besonders **bei Prüfung unter 5 Meter** die Sehschärfe bitte **als Bruchzahl** angeben (**Ist-Entfernung im Zähler, Soll-Entfernung im Nenner**)

Sehschärfe

ohne Korrektur:

Prüfentfernung in Meter: _____ m rechtes Auge: _____ linkes Auge: _____ beidäugig: _____

mit bestmöglicher Korrektur:

Prüfentfernung in Meter: _____ m rechtes Auge: _____ linkes Auge: _____ beidäugig: _____

Wurde die Sehschärfe nach der DIN-Norm 58220 bestimmt?

ja nein

Würde die Messung nach der DIN-Norm zu schlechteren Sehwerten führen?

ja nein

4.3 Gesichtsfeldeinschränkung

Gibt es Anhaltspunkte, dass eine wesentliche Gesichtsfeldeinschränkung besteht?

Gesichtsfeldeinengung ja nein

Zentralskotom ja nein

Gesichtsfeldprüfung ist immer dann erforderlich, **wenn** ein Gesichtsfeldausfall vermutet wird und die **Sehschärfe des besser sehenden Auges mehr als 1/50** (=0,02) beträgt.

Es können **nur** Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie **entsprechend Goldmann-Perimeter III/4e** verwertet werden (vgl. „Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft – DOG-Richtlinie“ und „Kapitel 4 Versorgungsmedizinische Grundsätze -VersMedV-“).

Sollte kein Goldmann-Perimeter oder ein entsprechendes Gerät zur Verfügung stehen (z.Zt. Twinfield, Octopus 101 bzw. 900 mit Zusatzsoftware), geben wir anheim, die Prüfung bei einer anderen Stelle vornehmen zu lassen.

Wurde eine Gesichtsfeldprüfung entsprechend vorstehenden Hinweisen durchgeführt?

ja, mit dem Ergebnis: liegt vor liegt nicht vor nein

Einengung des Gesichtsfeldes von außen (maßgeblich ist die größte Ausdehnung des Gesichtsfeldes):

rechtes Auge: die Außengrenze ist eingeengt bis auf maximal _____ Grad

linkes Auge: die Außengrenze ist eingeengt bis auf maximal _____ Grad

zentraler Gesichtsfeldausfall (maßgeblich ist die kleinste Ausdehnung des **Zentralskotoms**):

rechtes Auge: es besteht zentraler Gesichtsfeldausfall bis zu maximal _____ Grad

linkes Auge: es besteht zentraler Gesichtsfeldausfall bis zu maximal _____ Grad

Bitte unbedingt Kopien der Gesichtsfeldmessung beifügen!

5. Befund im vorgenannten Umfang liegt vor seit _____

6. Stimmen die subjektiven Angaben mit dem objektiven Befund überein?

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift des Augenarztes / Stempelaufdruck der Arztpraxis