

Augenfachärztliche Bescheinigung

zur Gewährung von Blindenhilfe nach dem Blindenhilfegesetz Baden-Württemberg (BliHG)
bzw. nach § 72 Sozialgesetzbuch, 12. Buch (SGB XII) oder nach § 27 d Bundesversorgungsgesetz (BVG)

1. Hinweis zu den medizinischen Voraussetzungen:

- 1.1 **Landesblindenhilfe** erhalten Personen,
- a) die auf beiden Augen vollständig erblindet sind oder
 - b) deren Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 1/50 beträgt oder
 - c) bei denen durch Buchstabe b) nicht erfasste, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe nach Buchstabe b) gleichzuachten sind.
- 1.2 **Blindenhilfe nach § 72 SGB XII bzw. nach § 27 d BVG** erhalten Personen
- a) die auf beiden Augen vollständig erblindet sind oder
 - b) deren beidäugige Gesamtsehschärfe nicht mehr als 1/50 beträgt oder
 - c) bei denen dem Schweregrad der unter b) genannten Sehschärfe gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens vorliegen.

2. Angaben zur Person des sehbehinderten Menschen:

Name, Vorname, Geburtstag

PLZ, Wohnort, Straße

3. Augenbefund

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

3.2 Der u.g. Befund wurde zuletzt erhoben am: _____

3.3 Augenärztlicher Befund:

(Datum und exakte Beschreibung der krankhaften Veränderungen der Augenabschnitte)

3.4 Diagnose:

3.5 Welche krankhafte Veränderung führte **vorwiegend** zur Erblindung?

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

ja nein

3.7 Ist mit einer Besserung der Sehschärfe zu rechnen?

ja nein

3.8 Können operative Maßnahmen die Sehschärfe bessern?

ja nein

3.9 Wenn Ziffer 3.7 oder 3.8 bejaht wird, zu welchem Zeitpunkt ? (bitte nähere Erläuterung)

4. Angaben zum Sehvermögen

4.1 Liegt völlige Erblindung vor ?

ja nein

(keine Lichtscheinwahrnehmung auf beiden Augen)

4.2 Sehminderung

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

Sehschärfe rechtes Auge: ohne Korrektur _____ mit Korrektur _____
Prüfentfernung in _____ Metern

Sehschärfe linkes Auge: ohne Korrektur _____ mit Korrektur _____
Prüfentfernung in _____ Metern

Sehschärfe beidäugig: mit Korrektur: _____
Prüfentfernung in _____ Metern

4.3 Gesichtsfeldprüfung

immer dann erforderlich, wenn die Sehschärfe des besser sehenden Auges mehr als 1/50 (0,02) beträgt

Gesichtsfeldeinschränkung: ja nein

Einengung des Gesichtsfeldes von außen

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

linkes Auge: Die Außengrenze ist eingeengt bis auf maximal _____ Grad
(Maßgeblich ist die größte Ausdehnung des Gesichtsfeldes.)

Zentraler Gesichtsfeldausfall (z.B. durch Zentralskotom)

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

linkes Auge: Es besteht zentraler Gesichtsfeldausfall bis zu maximal _____ Grad
(Maßgeblich ist die kleinste Ausdehnung des Zentralskotoms.)

Bitte immer Kopien der Gesichtsfeldprüfung beifügen!

Hinweis: Es können nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrik entsprechend Goldmann-Perimeter III/4e verwendet 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.

5. Stimmen die subjektiven Angaben mit dem objektiven Befund überein? ja nein

6. Abschließende Beurteilung:

Die medizinischen Voraussetzungen zur Erlangung von Blindenhilfe liegen vor nach (vgl. Vorseite)

1. Landesblindenhilfe nach dem BliHG	2. Blindenhilfe nach § 72 SGB XII bzw. § 27 d BVG
Ziffer 1.1 a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ziffer 1.2 a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ziffer 1.1 b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ziffer 1.2 b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ziffer 1.1 c) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ziffer 1.2 c) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Diese medizinischen Voraussetzungen sind erfüllt seit: _____

Ort, Datum

Praxisstempel, Tel.Nr. und Unterschrift des Augenarztes

Grundsätzlich ist das Formular vollständig auszufüllen, d.h. jedes Feld (insbesondere auch die medizinischen Punkte 3.1 bis 3.9 und 4.1 bis 4.3).