



Retina Suisse

Aktiv gegen Sehverlust

Augenärztliches Zeugnis

Retina Suisse verpflichtet sich im Sinne der beruflichen Schweigepflicht nach Art. 35 des Bundesgesetzes über den Datenschutz zur Geheimhaltung aller Angaben.

Name, Vorname:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
PLZ / Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Diagnose	OD: <input type="text"/> OS: <input type="text"/>
Ursache	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen
Sehschärfe	Ferne: OD <input type="text"/> Korrektur: <input type="text"/> OS <input type="text"/> Korrektur: <input type="text"/> Nähe: OD <input type="text"/> Korrektur: <input type="text"/> OS <input type="text"/> Korrektur: <input type="text"/>
Gesichtsfeld (Grad)	rechts: <input type="text"/> links: <input type="text"/>
Letzter Untersuch	<input type="text"/>
Therapie	<input type="text"/>
Prognose	<input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> sich verbessernd <input type="checkbox"/> sich verschlechternd
Angaben zur Hilflosigkeit*	1. Besteht ein bestkorrigierter Fernvisus von beidseits weniger als 0.2? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 2. Besteht beidseitig eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad Abstand zum Zentrum (20° horizontales Durchmesser, Goldmann Perimeter Marke III/4)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 3. Besteht gleichzeitig eine Verminderung der Sehschärfe und eine Gesichtsfeldeinschränkung, ohne dass aber die Grenzwerte von 1. und 2. erreicht werden, jedoch mit den gleichen Auswirkungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 4. Falls eine der Fragen 1.-3. mit ja beantwortet wurde: Seit wann bestehen die obigen Beeinträchtigungen? Monat und Jahr: <input type="text"/>

Bericht der Beratungsstelle	Wünschen Sie einen Bericht der Beratungsstelle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einverständnis	Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Formular mit dem Einverständnis der betroffenen Person an die IV/AHV weitergeleitet wird? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
Zuweisende*r Ärztin/Arzt	<div style="border: 1px solid black; height: 70px;"></div>
Ort, Datum	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>

*** Gesetzliche Grundlagen gemäss Kreisschreiben über Hilflosigkeit (KSH), Rz. 3013-3014**

→ Gesetzliche Grundlagen zu Fragen 1-3: Anspruchskriterien:

Menschen mit geringerem Visus als 0.05 gelten als blind, auch wenn noch ein Restsehvermögen oder eine Lichtscheinwahrnehmung vorhanden ist. Eine hochgradige Sehschwäche ist anzunehmen:

- wenn ein korrigierter Fernvisus von beidseitig weniger als 0,2 vorliegt,
- wenn beidseitig eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20 Grad horizontaler Durchmesser) gegeben ist (Gesichtsfeldmessung: Goldmann-Perimeter Marke III/4).

Bestehen gleichzeitig eine Verminderung der Sehschärfe und eine Gesichtsfeldeinschränkung, ohne dass aber die Grenzwerte erreicht werden, so ist eine hochgradige Sehschwäche anzunehmen, wenn sie die gleichen Auswirkungen wie eine Visusverminderung oder Gesichtsfeldeinschränkung vom erwähnten Ausmass haben (ZAK 1982 S. 264). Dies gilt auch bei anderen Beeinträchtigungen des Gesichtsfeldes (z.B. sektor- oder sichelförmige Ausfälle, Hemianopsien, Zentralskotome).

→ Gesetzliche Grundlagen zu Frage 4: Zeitpunkt der Entstehung des Anspruches:

Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in welchem die obgenannten Kriterien erfüllt sind und ununterbrochen während mindestens einem Jahr (12 Monate Wartezeit) bestanden haben. Die Hilflosenentschädigung kann maximal für 12 Monate vor Eingang der Anmeldung ausbezahlt werden. Den Entscheid über den Anspruch von Hilflosenentschädigung leichten Grades im Sonderfall erlässt die zuständige IV-Stelle.