

Absender:

Datum:

Zustelladresse:

obvita Sehberatung für Erwachsene
Bahnhofplatz 76
8500 Frauenfeld
Tel. 071 246 61 15
Mail sehberatung.e@obvita.ch

Augenärztliche Zuweisung Sehberatung Frauenfeld (Download auf www.obvita.ch)

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer/Handy

Emailadresse

sehbehindert seit

Angaben zu Angehörigen

Name, Vorname , Telefon

PatientIn war schon in der Sehberatung PatientIn war noch nie in der Sehberatung

1. Zuweisung für **allg. Sehberatung** **allgemeine Hilfsmittel** **Low-Vision Beratung / Sehhilfen**

2. Diagnose (auch Angaben zum Fundus z.B. AMD trocken/feucht)

R

L

Status nach

Ursache: Geburtsgebrechen Unfall Krankheit

3. Sehschärfe Ferne

R ohne Korrektur / mit folg. Korrektur

L ohne Korrektur / mit folg. Korrektur:

Sehschärfe auf diesem Level seit

Letzte Refraktionsbestimmung am / Werte

Letzte Brillenverordnung am / Werte

4. Gesichtsfeld nicht eingeschränkt eingeschränkt (**bitte Gesichtsfeldbefunde mitsenden**)

5. Prognose/Zustand sich verbessernd stabil sich verschlechternd

Ist der/die PatientIn über die Prognose informiert? ja nein

6. Datum der letzten Konsultation in der Augenarztpraxis

Datum der nächsten Kontrolle in der Augenarztpraxis

7. Bericht der Beratungsstelle ist erwünscht ja nein

8. Bemerkungen / Anlass der Zuweisung