



**obvita** Sehberatung

**Anmeldung Low-Vision-Abklärung**  
**Anmeldung Beratung und Unterstützung**  
(nur mit Low-Vision-Bericht nicht älter als 1 Jahr möglich)

**Angaben Klient:in (Kind/Jugendliche:r)**

Nachname:  Vorname:

Geburtsdatum:  Sozialvers. Nr.:

Strasse:  PLZ/Ort:

Kanton:

---

**Angaben Eltern/Erziehungsberechtigte**

Nachname Vater:  Vorname Vater:

Beruf Vater:  Telefon Vater:

E-Mail Vater:

Nachname Mutter:  Vorname Mutter:

Beruf Mutter:  Telefon Mutter:

E-Mail Mutter:

---

**Angaben Schule**

Schulhaus:  Klasse:

PLZ/Ort:  Strasse:

Telefon:

---

## Angaben Lehrpersonen

Nachname Lehrperson 1:

Vorname Lehrperson 1:

Telefon:

E-Mail:

Nachname Lehrperson 2:

Vorname Lehrperson 2:

Telefon:

E-Mail:

Nachname SHP (schulisch. Heilpädagog:in):

Vorname SHP (schulisch. Heilpädagog:in):

Telefon:

E-Mail:

---

## Ergänzende Dienste

### Augenärztin/Augenarzt

Nachname:

Vorname:

PLZ/Ort:

Strasse:

Telefon:

E-Mail:

**Bitte legen Sie der Anmeldung den aktuellen Augenarztbericht bei (nicht älter als 1 Jahr).**

---

## Schulpsychologische Abklärung

Abklärung: **Ja**      **Nein**

Nachname:

Vorname:

PLZ/Ort:

Strasse:

Telefon:

E-Mail:

---

## Früherziehung

Früherziehung: **Ja**      **Nein**

Nachname:

Vorname:

Telefon:

E-Mail:

---

## Angaben Therapeut:in

Therapie 1

Nachname:

Vorname:

PLZ/Ort:

Strasse:

Telefon:

E-Mail:

Therapie 2

Nachname:

Vorname:

PLZ/Ort:

Strasse:

Telefon:

E-Mail:

Therapie 3

Nachname:

Vorname:

PLZ/Ort:

Strasse:

Telefon:

E-Mail:

---

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

---

Ort:

Datum:

**Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten**

**Weitere Informationen und Kontakt**

**Sehberatung**

Bruggwaldstrasse 45, 9008 St. Gallen, Tel. 071 246 61 50, intake@obvita.ch