

Absender:

Datum:

Zustelladresse:

obvita Sehberatung für Erwachsene
Schützengasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 246 61 10
Fax. 071 246 61 09
Mail sehberatung@obvita.ch

Augenärztliche Zuweisung Sehberatung St. Gallen (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