

Landratsamt Esslingen
Amt für besondere Hilfen - 332
73726 Esslingen am Neckar

**Diese Bescheinigung gilt nur zur
Vorlage beim Landratsamt Esslingen.**

**Füllen Sie bitte diese Befundbeschreibung
vollständig und gut lesbar aus!**

Augenfachärztliche Befundbeschreibung

zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen nach dem Blindenhilfegesetz Baden-Württemberg (BlHG) und nach § 72 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) bzw. zur Feststellung einer Behinderung nach § 152 SGB IX

1. Angaben zur Person des sehbehinderten Menschen:

Name	Vorname		geboren am
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	

2. Ist die **Mitwirkung bei der Befunderhebung** durch hirnorganisches Psychosyndrom / andere Gründe beeinträchtigt? ja nein

3. Augenbefund:

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

3.2 Der nachstehende Befund wurde zuletzt erhoben am: _____

3.3 Augenärztlicher Befund (Datum und exakte Befundbeschreibung der krankhaften Veränderung der Augenabschnitte):

3.4 Diagnose / sonstige Augenbefunde:

3.5 Welche krankhafte Veränderungen führte vorwiegend zur Erblindung / Sehbehinderung?

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

ja nein

3.7 Ist mit einer Besserung der Sehfähigkeit zu rechnen, ggf. voraussichtlich wann?

ja, zum _____

nein

3.8 Können operative Eingriffe bzw. andere Behandlungsformen die Sehfähigkeit bessern?
 ja bereits geplant zum _____ bisher nicht geplant nein

4. Angaben zum Sehvermögen:

4.1 Liegt **völlige Erblindung**, d.h. keine Lichtscheinwahrnehmung auf beiden Augen vor? ja nein

Wird eine Brille genutzt/getragen bzw. wurde eine solche verordnet?

ja, beschafft, verordnet am _____ nein

Sehstärke (Dioptrie) der Brille: - rechtes Auge: _____ - linkes Auge: _____

Welchem Zweck dient die Brille? Besserung der Sehfähigkeit sonstiger Grund:

4.2 Sehminderung

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

Sehschärfe rechtes Auge: ohne Korrektur: _____ mit bestmöglicher Korrektur: _____
Prüfentfernung in Meter: _____ m

Sehschärfe linkes Auge: ohne Korrektur: _____ mit bestmöglicher Korrektur: _____
Prüfentfernung in Meter: _____ m

Sehschärfe beidäugig: ohne Korrektur: _____ mit bestmöglicher Korrektur: _____
Prüfentfernung in Meter: _____ m

Wurde die Sehschärfe nach der DIN-Norm 58220 bestimmt?

ja nein, wären die Sehwerte bei DIN-Norm-Messung schlechter? ja nein

4.3 Gesichtsfeldprüfung

ist immer dann erforderlich, **wenn** ein Gesichtsfeldausfall vermutet wird und die **Sehschärfe des besser sehenden Auges mehr als 1/50** (=0,02) beträgt. **Bitte immer Kopien der Gesichtsfeldmessung beifügen!**

Hinweis:

Es können **nur** Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie **entsprechend Goldmann-Perimeter III/4e** verwertet werden (vgl. „Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft – DOG-Richtlinie“ und „Kapitel 4 Versorgungsmedizinische Grundsätze (VG) - 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.

Gibt es Anhaltspunkte, dass eine wesentliche Gesichtsfeldeinschränkung besteht?

Gesichtsfeldeinengung ja nein **Zentralskotom** ja nein

Wurde eine Gesichtsfeldprüfung entsprechend vorstehenden Hinweisen durchgeführt?

ja, mit dem Ergebnis: liegt vor liegt nicht vor nein

Einengung des Gesichtsfeldes **von außen** (maßgeblich ist die größte Ausdehnung des Gesichtsfeldes):

rechtes Auge: die Außengrenze ist eingeeengt bis auf maximal _____ Grad

linkes Auge: die Außengrenze ist eingeeengt bis auf maximal _____ Grad

zentraler Gesichtsfeldausfall (maßgeblich ist die kleinste Ausdehnung des Zentralskotoms):

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

linkes Auge: es besteht zentraler Gesichtsfeldausfall bis zu maximal _____ Grad

Befund im vorgenannten Umfang liegt vor seit _____

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

Ort, Datum

Unterschrift des Augenarztes/Stempelaufdruck der Arztpraxis