



Augenfachärztliche Bescheinigung

zur Überprüfung des Anspruches auf Landesblindenhilfe nach dem Gesetz über die Landesblindenhilfe Baden-Württemberg (BliHG) bzw. auch Blindenhilfe gemäß § 72 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

I. Hinweis zu den medizinischen Voraussetzungen:

I.I. Landesblindenhilfe nach dem BliHG erhalten Personen,

- a.) die auf beiden Augen vollständig erblindet sind oder
- b.) deren Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt oder
- c.) bei denen durch Buchstabe I.I. b.) nicht erfasste, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe nach Buchstabe b) gleichzuachten sind.

I.II. Blindenhilfe nach § 72 SGB XII erhalten Personen,

- a.) die auf beiden Augen vollständig erblindet sind oder
- b.) deren beidäugige Gesamtsehschärfe nicht mehr als 1/50 beträgt oder
- c.) bei denen dem Schweregrad der unter I.II. b.) genannten Sehschärfe gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störung des Sehvermögens vorliegen.

II. Angaben zur Person des sehbehinderten Menschen:

Name	Vorname	Geburtstag
------	---------	------------

PLZ	Wohnort	Straße
-----	---------	--------

III. Augenbefund:

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

2) Augenärztlicher Befund (Datum und exakte Beschreibung der krankhaften Veränderungen der Augenabschnitte)

Diagnose

3) Welche krankhafte Veränderung führte **vorwiegend** zur Erblindung?

Diabetes: ja nein (bitte unbedingt angeben!)

4) Der oben genannte Befund wurde zuletzt erhoben am: _____

5) Ist die Sehbehinderung die Folge eines Unfalls oder einer sonstigen äußeren Einwirkung? ja nein

6) Ist mit einer Besserung der Sehschärfe zu rechnen? ja nein

7) Können operative Maßnahmen die Sehschärfe bessern? ja nein

8) Wenn Ziffer 7 und 8 bejaht werden, zu welchem Zeitpunkt? (Bitte nähere Erläuterung!)

IV. Angaben zum Sehvermögen

a) Liegt völlige Erblindung vor?

(keine Lichtscheinwahrnehmung auf beiden Augen)

ja nein

b) Sehinderung

Wenn keine völlige Erblindung vorliegt, bitte die zentrale Sehschärfe jeweils ohne und mit Korrektur angeben, maßgeblich ist jedoch der Wert mit Korrektur (Angabe in Bruch- oder Dezimalzahlen): Besonders bei Prüfung unter 5 m die Sehschärfe als Bruchzahl angeben (Ist-Entfernung im Zähler, Sollentfernung im Nenner)

Sehschärfe rechtes Auge: ohne Korrektur _____ mit Korrektur _____

Prüfungsentfernung in _____ Meter

Sehschärfe linkes Auge: ohne Korrektur _____ mit Korrektur _____

Prüfungsentfernung in _____ Meter

Sehschärfe beidäugig mit Korrektur _____

Prüfungsentfernung in _____ Meter

c) Gesichtsfeldprüfung

Gesichtsfeldeinschränkung:

ja nein

Gesichtsfeldeinschränkung

Einengung des Gesichtsfeldes von außen

rechtes Auge: die Außengrenze ist eingengt bis auf _____ Grad

linkes Auge: die Außengrenze ist eingengt bis auf _____ Grad
(maßgeblich ist die größte Ausdehnung des Gesichtsfeldes)

Zentraler Gesichtsfeldausfall (z. B. durch Zentralskotom)

rechtes Auge: es besteht zentraler Gesichtsfeldausfall bis zu _____ Grad

linkes Auge: es besteht zentraler Gesichtsfeldausfall bis zu _____ Grad
(maßgeblich ist die kleinste Ausdehnung des Zentralskontoms)

Bitte hier 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 (VersMedV)“). Sollte kein Goldmann-Perimeter oder ein entsprechendes Gerät (z. B. Twinfield, Octopus 101 bzw. 900 mit Zusatzsoftware) zur Verfügung stehen, geben wir anheim, die Prüfung bei einer anderen Stelle vornehmen zu lassen.

V. Stimmen die subjektiven Angaben mit dem objektiven Befund überein?

ja nein

VI. Abschließende Beurteilung:

Die medizinischen Voraussetzungen (vgl. Vorseite) zur Erlangung von

Landesblindenhilfe liegen vor nach

I.I. a.) ja nein

I.I. b.) ja nein

I.I. c.) ja nein

Blindenhilfe gemäß § 72 SGB XII liegen vor nach

I.II. a.) ja nein

I.II. b.) ja nein

I.II. c.) ja nein

Diese medizinischen Voraussetzungen sind erfüllt seit _____

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift des Augenarztes