

Augenärztliche / Orthoptische Informationen

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Letzte Kontrolle: Kontrollzyklus:

Ursachen der Sehbehinderung:

- Geburtsgebrechen erfasst seit
- Unfall erfasst seit
- Krankheit erfasst seit

Brillenrezept Datum:

Welche Brillen sind vorhanden (z.B. Lupenbrille)

Refraktion:

	Sph.	Cyl.	Achse	Add.
rechts	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
links	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prismen:

Visusangaben

gemessen mit Brille

Visus korrigiert	Mit welchem Test, in welcher Distanz geprüft?	Normdistanz (wenn Normdistanz unterschritten)	Gemessener Visus	Bemerkungen
R E C H T S	Fernvisus			
	Nahvisus			
L I N K S	Fernvisus			
	Nahvisus			
Binokular Ferne				
Binokular Nähe				

Beschreibung des Fixationsverhaltens:

Gesichtsfeldeinschränkung: (Bitte Kopie des Befundes beilegen)

RA:

LA:

Hat der Patient eine Farbsinnstörung, wenn ja, welcher Art?

Bitte ankreuzen:

Augenmotilität frei Ja Ja Binokularsehen Ja Ja
Stereopsis Nein Nein Adaptationsschwierigkeiten Ja Nein
Sehvermögen: stabil labil progressiv verschlechternd

Bemerkungen: (Operationen, Gefahr einer Netzhautablösung, unbedingt zu vermeiden, Hilfsmittel, Unterstützungsbedarf, etc.)

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift

Wir danken Ihnen für die Beilage des letzten Augenarztberichtes, falls vorhanden.

Kompetenzzentrum
Pädagogik | Therapie | Förderung

Baselstrasse 43,
CH-4142 Münchenstein,
Tel. +41 (0)61 552 27 27
Info@kptf.ch

