LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

	Augenfachärztliche Bescheinigung	
1	Name und Anschrift der Augenärztin/des Augenarztes:	
	Information zu Ihrer/m Patientin/en	
2	Nachname, Vorname:	
3	Geburtsdatum:	
4	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):	
5	wurde augenfachärztlich untersucht am:	
6	Die/Der oben Genannte steht bei mir in Behandlung seit:	
7	Datum der letzten augenfachärztlichen Untersuchung:	
	Angaben zur Sehbehinderung	
	Zur Beachtung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt Der Beurteilung ist die Sehschärfe des besseren Auges und das beidäugige Sehvermögen sowie das beidäugig geprüfte Gesichtsfeld zugrunde zu legen (Ausnahmen: 13.9 bzw. 14.8). Die Ergebnisse sind auf der Grundlage von DIN 58220 und EN ISO 8596 (Landoltringe) zu erheben. Der perimetrische Befund muss mit einer manuell kinetischen Methode entsprechend Goldmann III/4e erstellt werden (vgl. „Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft [DOG]“ und „Kapitel 4 Versorgungsmedizinische Grundsätze [VersMedV]“). Sollte kein Goldmann-Perimeter oder ein entsprechendes Gerät zur Verfügung stehen (z. Zt. Twinfield, Octopus 101 bzw. 900) ist der Befund bei einer anderen Stelle vorzunehmen.	

8	Genaue Bezeichnung des Augenleidens und Ursache:
9	Gegebenenfalls weitere Ausführungen:
10	Ist eine Besserung des Augenleidens zu erwarten? ☐ Nein ☐ Ja, gegebenenfalls durch folgende Maßnahme:
11	Ist in der Zukunft die Durchführung einer Augenoperation oder eine medikamentöse Behandlung/Therapie geplant oder erfolgt eine solche Maßnahme zurzeit? ☐ Nein ☐ Ja, folgende Maßnahme: (voraussichtlicher) Termin: _____

12	Zentrale Sehschärfe (in Bruch- oder Dezimalzahlen) ohne **und** mit Korrektion (bitte auch Höhe der Korrektion angeben oder G. b. n.) Rechts ohne_____ **mit** bestmöglicher Korrektion:_____ Links ohne_____ **mit** bestmöglicher Korrektion: _____ **Sehvermögen beidäugig:**_____
13	☐ Sehschärfe beträgt auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,02 (1/50).
13.1	☐ Sehschärfe beträgt auf mindestens einem Auge oder beidäugig mehr als 0,02 (1/50), jedoch liegen nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vor, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind. **Bitte 13.2 - 13.9 prüfen und ggf. ankreuzen - bitte Gesichtsfeldschemata beifügen!**
13.2	☐ Bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
13.3	☐ Bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
13.4	☐ Bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 7,5 ° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
13.5	☐ Bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
13.6	☐ Bei großen Skotomen im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und im 50°- Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als die Hälfte ausgefallen ist.
13.7	☐ Bei homonymen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.
13.8	☐ Bei bitemporalen oder binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.
13.9	☐ Sehschädigungen, die nach Ansicht des Untersuchers einer Sehschärfenherabsetzung auf 0,02 (1/50) gleichkommen, die aber durch die vorstehenden Abgrenzungen nicht erfasst sind. **Bitte ausführlich begründen**.

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

14	☐ Sehschärfe beträgt auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,05 (1/20).
14.1	☐ Sehschärfe beträgt auf mindestens einem Auge oder beidäugig mehr als 0,05 (1/20), jedoch liegen nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vor, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe von nicht mehr als 0,05 (1/20) gleichzustellen sind. **Bitte 14.2 – 14.8 prüfen und ggf. ankreuzen - bitte Gesichtsfeldschemata beifügen!**
14.2	☐ Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
14.3	☐ Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,2 (2/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 20° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
14.4	☐ Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von mehr als 0,2 (2/10) die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 10° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
14.5	☐ Bei großen Skotomen im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,2 (2/10) beträgt und im 50°- Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als 2/3 ausgefallen ist.
14.6	☐ Bei homonymen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,2 (2/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.
14.7	☐ Bei bitemporalen und binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,2 (2/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.
14.8	☐ Sehschädigungen, die nach Ansicht des Untersuchers einer Sehschärfenherabsetzung auf 0,05 (1/20) gleichkommen, die aber durch die vorstehenden Abgrenzungen nicht erfasst sind. **Bitte ausführlich begründen.**
15	**Das angegebene Sehvermögen entspricht dem objektiven Befund** ☐ Ja ☐ Nein
	_____ _____ Ort, Datum, Stempel Unterschrift der Augenärztin/des Augenarztes