Zur Person

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Versicherte Person (Vorname, Name) |  | Geburtsdatum |  | AHV-Nummer |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | |
|  | Ergänzende Fragen | | | | |
|  |
|  |  |  | | | | |

Diagnosen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Diagnosen  Bei psychischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben  Erstmals gestellt am: |
|  |
|  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Liegen ein oder mehrere Geburtsgebrechen gemäss GgV vor? | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, Ziffer(n)? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Bei Geburtsgebrechen Ziff. 427 GgV

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Liegt ein Strabismus concomitans monolateralis vor? | ja | nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Oder handelt es sich um einen Strabismus alternans? | ja | nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Benötigt die versicherte Person Behandlung/Therapie? | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, welche? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Benötigt die versicherte Person Behandlungsgeräte oder Hilfsmittel? | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, welche? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Besteht ein behinderungsbedingter Mehraufwand an Hilfeleistung oder persönlicher Überwachung im Vergleich zu einem Nichtbehinderten  gleichen Alters? | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wenn ja, seit wann? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ärztliche Angaben

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Behandlung von |  | bis |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Letzte Untersuchung vom |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome) |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Ärztlicher Befund |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Spezialärztliche Untersuchungen |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Behandlungsplan (Beginn/Dauer) |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Opthalmologische Fragestellungen

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wie hoch war der Visus mit bestmöglicher Korrektur bei Behandlungsbeginn? |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Ferne, RA |  | Ferne, LA |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nähe, RA |  | Nähe, LA |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wie hoch sind die Refraktionswerte? |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | RA |  | LA |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fixation |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | RA |  | LA |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Vordere Bulbusabschnitte |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | RA |  | LA |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fundus |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | RA |  | LA |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Liegt eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20 Grad horizontaler Durchmesser) vor? | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Seit wann? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Liegt der korrigierte Fernvisus beidseits nicht unter 0.2, legen Sie bitte eine Kopie des kinetischen Gesichtfeldes bei.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ist eine Operation notwendig? | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wann findet diese statt? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wo wird sie durchgeführt? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wurden zusätzliche Untersuchungen vorgenommen, welche? (Wenn ja, bitte Berichtskopien beilegen) |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Unterschrift

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Vorname, Name des Arztes/der Ärztin |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Adresse Praxis (Abteilung) |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Ort, Datum |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Unterschrift |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Beilagen

Wir bitten Sie, Kopien der Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Arztbericht einreichen

Drucken Sie den ausgefüllten Arztbericht aus. Schicken Sie die Blätter bitte lose. Verwenden Sie keine Heftklammern.

Arztbericht senden an:

SVA Zürich

IV-Stelle

Postfach

8087 Zürich