

**Absender:**

**Datum:**

**Zustelladresse:**

obvita Sehberatung für Erwachsene  
Schützengasse 4  
9000 St. Gallen  
Tel. 071 246 61 10  
Fax. 071 246 61 09  
Mail [sehberatung.e@obvita.ch](mailto:sehberatung.e@obvita.ch)

**Augenärztliche Zuweisung Sehberatung St. Gallen** (Download auf [www.obvita.ch](http://www.obvita.ch))

Name, Vorname .....

Adresse, PLZ, Ort .....

Geburtsdatum .....

Telefonnummer/Handy .....

Emailadresse .....

sehbehindert seit .....

Angaben zu Angehörigen .....

Name, Vorname , Telefon .....

☐ PatientIn war schon in der Sehberatung    ☐ PatientIn war noch nie in der Sehberatung

**1. Zuweisung für**    ☐ allg. Sehberatung    ☐ allgemeine Hilfsmittel    ☐ Low-Vision Beratung / Sehhilfen

**2. Diagnose** (auch Angaben zum Fundus z.B. AMD trocken/feucht)

**R** .....

**L** .....

Status nach.....

**Ursache:**    ☐ Geburtsgebrechen    ☐ Unfall    ☐ Krankheit

**3. Sehschärfe Ferne**

**R** ohne Korrektur / mit folg. Korrektur .....

**L** ohne Korrektur / mit folg. Korrektur .....

**Sehschärfe auf diesem Level seit** .....

Letzte Refraktionsbestimmung am / Werte .....

Letzte Brillenverordnung am / Werte .....

**4. Gesichtsfeld**    ☐ nicht eingeschränkt    ☐ eingeschränkt (**bitte Gesichtsfeldbefunde mitsenden**)

**5. Prognose/Zustand**    ☐ sich verbessernd    ☐ stabil    ☐ sich verschlechternd

Ist der/die PatientIn über die Prognose informiert?    ☐ ja    ☐ nein

**6. Datum der letzten Konsultation** in der Augenarztpraxis

**Datum der nächsten Kontrolle** in der Augenarztpraxis

**7. Bericht** der Beratungsstelle ist erwünscht    ☐ ja    ☐ nein

**8. Bemerkungen / Anlass der Zuweisung**