

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

Augenärztliche Zuweisung Sehberatung St. Gallen (Download auf 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