|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arztbericht:  Hilflosenentschädigung bei hochgradiger Sehschwäche |  |  |

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

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

Angaben zur Hilflosigkeit bei hochgradiger Sehschwäche:

Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren

Guten Tag

Wir haben eine Anmeldung für Hilflosenentschädigung erhalten.

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen in Blockschrift aus und senden Sie uns diesen zurück.

Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen.

Für den Bericht können Sie wie bisher nach Tarmed abrechnen. Aufgrund einer Systemänderung lautet die Verfügungsnummer **neu standardmässig 301299**.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

SVA Zürich

IV-Stelle

|  |
| --- |
|  |

Arztbericht : Hilflosenentschädigung bei hochgradiger Sehschwäche

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name) | Geburtsdatum | Versichertennummer |

1. Allgemeine Angaben

Untersuchung vom

|  |
| --- |
|  |

In Behandlung seit

|  |
| --- |
|  |

2. Medizinische Angaben

* 2.1

Diagnosen

|  |
| --- |
|  |

**Auszug aus dem Kreisschreiben**

Eine hochgradige Sehschwäche ist anzunehmen, wenn ein korrigierter Fernvisus von beidseitig weniger als 0,2 oder wenn beidseitig eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20 Grad horizontaler Durchmesser) vorliegt (Gesichtsfeldmessung: Goldmann-Permiter Marke III/4).

* 2.2

Beträgt der korrigierte Fernvisus beidseits weniger als 0.2?

ja  nein

Seit wann?

|  |
| --- |
|  |

Fernvisus korrigiert rechts Fernvisus korrigiert links

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

* 2.3

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

ja  nein

Seit wann?

|  |
| --- |
|  |

**Bitte legen Sie eine Kopie des kinetischen Gesichtsfeldes bei, falls der korrigierte Fernvisus beidseits nicht unter 0.2 liegt.**

**Auszug aus dem Kreisschreiben:**

Bestehen gleichzeitig eine Verminderung der Sehschärfe und eine Gesichtsfeldeinschränkung, ohne dass aber die Grenzwerte erreicht werden, so ist eine hochgradige Sehschwäche anzunehmen, wenn sie die gleichen Auswirkungen wie eine Visusverminderung oder Gesichtsfeldeinschränkung vom erwähnten Ausmass haben. Dies gilt auch bei anderen Beeinträchtigungen des Gesichtsfeldes (z.B. sektor- oder sichelförmige Ausfälle, Hemianopsien, Zentralskotome).

* 2.4

Liegen ein stark verminderter Visus und eine erhebliche Einschränkung des Gesichtsfeldes vor, die aber die obengenannten Grenzwerte nicht erreichen?

ja  nein

Entsteht dadurch eine zu Punkt 2.2 und 2.3 vergleichbare Sehbehinderung?

|  |
| --- |
|  |

Seit wann?

|  |
| --- |
|  |

* 2.5

Kann der Gesundheitszustand mit medizinischen Massnahmen verbessert werden?

ja  nein

Mit welchen?

|  |
| --- |
|  |

3. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

|  |
| --- |
|  |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|  |
| --- |
|  |

Telefonnummer für Rückfragen und allenfalls Zeiten guter Erreichbarkeit

|  |
| --- |
|  |