

Bitte an [md-sehen@hcfms.de](mailto:md-sehen@hcfms.de) oder per Fax an die Franz-Mersi-Schule: 0511-35378 93

## Mobiler Dienst Sehen Regionales Landesamt für Schule und Bildung Hannover Aussagen augenärztlicher Untersuchungen für die sehbehindertenpädagogische Beratung in der Schule

Dieses Formular kann handschriftlich oder bevorzugt am PC ausgefüllt werden.

Ausfüllhinweis: Mit Tabulator-Taste  $\leftrightarrow$  von Feld zu Feld springen, Kreuzchen mit Leertaste.

### Daten

|   |  |
|---|--|
| Name und Geburtsdatum Patient/in                      |  |
| Datum der Untersuchung                                |  |
| Ausfülldatum  |  |
| Name Ärztin/ Arzt                                     |  |
| Name Orthoptistin/ Orthoptist                         |  |
| Praxis Name Anschrift und Kontaktd.<br>Stempelfeld: ↓ |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

### Augenärztliche Informationen

Diagnose

### Angaben zur Sehschärfe

getestet  mit Brille  mit Kontaktlinsen  ohne Korrektur

Fernvisus: RA:  LA:  Bin:

Nahvisus: RA:  LA:  Bin:

Verbessert die Brille den Visus?  Ja  Nein

Besteht eine Farbsehstörung?  Ja  Nein

Besteht eine erhöhte Blendungsempfindlichkeit?  Ja  Nein

Bestehen Probleme beim Sehen in der Dämmerung/ Dunkelheit?  Ja  Nein

Ist räumliches Sehen vorhanden?  Ja  Nein

Besteht die Gefahr einer Netzhautablösung?  Ja  Nein

Einschränkungen für den Sportunterricht/ weitere Bemerkungen: