



**Augenfachärztliche Bescheinigung
nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)/Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)**

Arzt

Name	Ort Datum
Anschrift	

I. Personalien

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ Wohnort	Straße und Hausnummer	
wurde augenfachärztlich untersucht am:		

II. Blind im Sinne des SGB XII bzw. dem LBlindenGG

1.	<input type="checkbox"/> Es liegt völlige Erblindung vor
2.	<input type="checkbox"/> Die Sehschärfe beträgt auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50
3.	Die Sehschärfe beträgt auf dem besseren Auge mehr als 1/50, jedoch begründen nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens einegleichzuachtende Beeinträchtigung durch:
3a.	<input type="checkbox"/> Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/35) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist; Gesichtsfeldreste jenseits von 50° bleiben unberücksichtigt.
3b.	<input type="checkbox"/> Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt ist; Gesichtsfeldreste jenseits von 50° bleiben unberücksichtigt.
3c.	<input type="checkbox"/> Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt ist; Gesichtsfeldreste jenseits von 50° bleiben unberücksichtigt.
3d.	Große Gesichtsfeldausfälle im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und im 50° Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als die Hälfte ausgefallen ist beidseitig <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/>
3e.	<input type="checkbox"/> Homonymen Hemianopsien (gleichseitige Halbseitenblindheit) mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser hat.
3f.	<input type="checkbox"/> Bitemporalen Hemianopsien (beidseitige Halbseitenblindheit im Schläfenbereich) mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene binokulare Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser hat.
3g.	Sonstiges:
3h.	Bitte Prüfinstrumente: _____ Markenhelligkeit: _____ Markengröße: _____ angeben!
4.	Sehschärfe linkes Auge: _____ Sehschärfe rechtes Auge: _____ Gesichtsfeldeinschränkung: _____



III. Allgemeines

1.	Genauere Bezeichnung des Augenleidens und Ursache:
2.	Seit wann besteht das Augenleiden und welche Behandlungsmaßnahmen wurden bisher durchgeführt?
3.	Ist eine Besserung des Augenleidens zu erwarten, wenn ja, welche Behandlungsmaßnahmen werden vorgeschlagen?
4.	Ist eine Besserung des Augenleidens zu erwarten, wenn ja, welche Behandlungsmaßnahmen werden vorgeschlagen?
5.	<input type="checkbox"/> Blindheit im Sinne von II. liegt nicht vor.
6.	Weitere Ausführungen des Arztes:

Unterschrift und Stempel des Arztes