

Augenärztliches Zeugnis

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ Wohnort

Versicherungsnummer

Augenärztliche Diagnosen

Bestkorrigierter Fernvisus

Rechtes Auge

Linkes Auge

Erhebungsdatum

Refraktion

Rechtes Auge

Linkes Auge

Erhebungsdatum

Gesichtsfeld

Rechtes Auge

Linkes Auge

Erhebungsdatum

Bitte Kopien der Gesichtsfelduntersuchung (vorzugsweise statische Perimetrie) beilegen, falls vorhanden

Bemerkungen

Beratende Fachperson

Datum

Die beratende Fachperson handelt im Einverständnis mit der betroffenen Person und verpflichtet sich im Sinne der beruflichen Schweigepflicht nach Art. 35 des Bundesgesetzes über Datenschutz zur Geheimhaltung aller Angaben.

Stempel mit Adresse und Unterschrift der Augenärztin /des Augenarztes

Datum

Telefon für Rückfragen