

ALTE OLDENBURGER  
Postfach 1363  
49362 Vechta

**Vorgangs-Nr.:****Person:** \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_**wohnhaft in:** \_\_\_\_\_**Diagnose:**        **Sehschwäche**

Die nachfolgenden Angaben erfolgen:  
(vom Arzt anzukreuzen!)

- nach einer aktuellen Untersuchung (anfallende Kosten  
übernimmt der Antragsteller)  
 nach den vorliegenden Patientendaten

1. Wie lautet die vollständige wissenschaftliche Diagnose?

---

2. Angabe der Dioptrinwerte:

---

3. Wie war der Verlauf (Veränderung der Sehstärke) in den letzten 5 Jahren?

---

4. Angabe der Augeninnendruckwerte:

Person: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

VD510101

wohnhaf in: \_\_\_\_\_

Diagnose: **Sehschwäche**

5. Sind bis zum heutigen Tag Netzhautveränderungen aufgetreten?

\_\_\_\_\_

6. Welche Hilfsmittelverordnungen wurden vorgenommen bzw. sind vorgesehen?

\_\_\_\_\_

7. Sind weitere Untersuchungen bzw. Behandlungen angeraten?

wenn ja: Welche?

\_\_\_\_\_

8. War oder ist o.g. Person wegen obiger Diagnose zeitlich begrenzt arbeits- oder berufsunfähig?

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift