



## Augenärztliches Zeugnis für:

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... Geburtsdatum: .....

<b>Diagnose</b> rechtes Auge: ..... ..... .....	<b>Diagnose</b> linkes Auge: ..... ..... .....
--	---

<b>bestkorrigierter Fernvisus</b> rechtes Auge: .....	<b>bestkorrigierter Fernvisus</b> linkes Auge: .....
--	---

<b>Refraktion</b> rechtes Auge: .....	<b>Refraktion</b> linkes Auge: .....
--	---

<b>Gesichtsfeld</b> rechtes Auge: .....	<b>Gesichtsfeld</b> linkes Auge: .....
--	---

⇒ Bitte Kopien des GF beilegen, falls vorhanden

Wann fand die letzte augenärztliche Untersuchung statt? .....
Sind weitere medizinische Massnahmen geplant? .....
Wie oft sind augenärztliche Kontrollen notwendig? .....

Bemerkungen: .....
.....
.....
.....

Bitte ankreuzen, falls Sie **keine** Rückmeldung wünschen

Stempel und Unterschrift  
der Augenärztin / des Augenarztes

Ort / Datum: .....

**Ermächtigung für die Augenärztin / den Augenarzt**

Ich ermächtige hiermit die Augenärztin / den Augenarzt, der Zürcher Sehhilfe, Lutherstrasse 14, 8004 Zürich, die auf diesem Formular gewünschten Auskünfte zu geben.

.....  
Ort / Datum und Unterschrift

**Ermächtigung für die Zürcher Sehhilfe**

Die Zürcher Sehhilfe ist berechtigt, eine Zeugniskopie an folgende Stelle/n weiterzuleiten:

.....  
.....  
.....

.....  
Ort / Datum und Unterschrift