



## Augenärztliches Zeugnis für:

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

PLZ/Ort: .....

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

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

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

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

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

⇒ 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