

**Absender:**

**Datum:**

**Zustelladresse:**

obvita Sehberatung für Erwachsene  
Schützengasse 4  
9000 St. Gallen  
Tel. 071 246 61 10  
Fax. 071 246 61 09  
Mail [sehberatung.e@obvita.ch](mailto:sehberatung.e@obvita.ch)

**Augenärztliche Zuweisung Sehberatung St. Gallen** (Download auf [www.obvita.ch](http://www.obvita.ch))

---

Name, Vorname .....

Adresse, PLZ, Ort .....

Geburtsdatum .....

Telefonnummer/Handy .....

Emailadresse .....

sehbehindert seit .....

Angaben zu Angehörigen .....

Name, Vorname , Telefon .....

PatientIn war schon in der Sehberatung     PatientIn war noch nie in der Sehberatung

---

**1. Zuweisung für**     **allg. Sehberatung**     **allgemeine Hilfsmittel**     **Low-Vision Beratung / Sehhilfen**

**2. Diagnose** (auch Angaben zum Fundus z.B. AMD trocken/feucht)

R .....

L .....

Status nach.....

**Ursache:**     Geburtsgebrechen     Unfall     Krankheit

---

**3. Sehschärfe Ferne**

R ohne Korrektur / mit folg. Korrektur .....

L ohne Korrektur / mit folg. Korrektur .....

**Sehschärfe auf diesem Level seit** .....

Letzte Refraktionsbestimmung am / Werte .....

Letzte Brillenverordnung am / Werte .....

---

**4. Gesichtsfeld**     nicht eingeschränkt     eingeschränkt (**bitte Gesichtsfeldbefunde mitsenden**)

**5. Prognose/Zustand**     sich verbessernd     stabil     sich verschlechternd

Ist der/die PatientIn über die Prognose informiert?     ja     nein

---

**6. Datum der letzten Konsultation** in der Augenarztpraxis

**Datum der nächsten Kontrolle** in der Augenarztpraxis

---

**7. Bericht** der Beratungsstelle ist erwünscht     ja     nein

---

**8. Bemerkungen / Anlass der Zuweisung**