

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

1. **Art des Leidens bzw. der Verletzung?** (z. B. Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, Grauer oder Grüner Star, Netzhauterkrankung, Netzhautablösung)

Ärztliche Diagnose

Welches Auge ist erkrankt?

☐ rechts ☐ links ☐ beidseits

2. **Seit wann besteht das Augenleiden bzw. die Augenverletzung?**

Datum

3. **Aktueller Zustand der Erkrankung?**

☐ gleichbleibend ☐ fortschreitend

4. **Art der Erkrankung?**

☐ angeboren ☐ unfallbedingt ☐ unbekannter Ursache

☐ Folge einer anderen Erkrankung (z. B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Multiple Sklerose)

Bitte machen Sie genaue Angaben:

5. **Besteht eine Minderung der Sehfähigkeit?** (bitte Brillenpass in Kopie beifügen)

☐ nein ☐ ja rechts: – Dioptrien Visus/Sehfähigkeit rechts: %

links: – Dioptrien Visus/Sehfähigkeit links: %

6. **Besteht erhöhter Augeninnendruck?**

☐ nein Werte? Wann gemessen?

☐ ja ☐ konstant ☐ schwankend

mmHg

7. **Besteht oder bestand eine Sehnerventzündung?**

☐ nein ☐ ja Wann?

8. **Besteht eine Gesichtsfeldeinschränkung?**

☐ nein ☐ ja

9. **Art der Behandlung?**

☐ keine

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

- ☐ Brille/Kontaktlinsen Sehfähigkeit: rechts: % links: %
- ☐ Augentropfen/Medikamente, welche?
- ☐ Laserbehandlung/LASIK-Operation, wann? rechts: % links: %
- ☐ Dioptrienzahl vor der Behandlung? rechts: – Dioptrien links: – Dioptrien
- ☐ Sonstige Operationen (z. B. Netzhautplombe, o. A.)
- ☐ Welche? ☐ rechts ☐ links

☐ durchgeführt, wann?

☐ geplant, wann?

☐ angeraten

10. Wurden weitere Untersuchungen vorgenommen, geplant oder angeraten?

(z. B. Röntgen, Echokardiographie, Ultraschall, Doppler, Szintigraphie, Kernspin, Computertomographie)

☐ nein

Welche?

Wann?

☐ ja

11. Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen und besteht völlige Ausheilung?

☐ nein

Welche Störungen/Beschwerden bestehen noch?

☐ ja

Seit wann?

12. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an bzw. wurde dieser ärztlich angeraten?

☐ nein

☐ ja

Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel bereits erfolgt?

☐ nein

☐ ja, aufgrund