

**Augenfachärztliche Bescheinigung zur Gewährung von  
Blindenhilfe nach dem Blindenhilfegesetz Baden-Württemberg  
(BliHG) beziehungsweise nach § 72 Sozialgesetzbuch, 12. Buch  
(SGB XII) oder nach § 27d Bundesversorgungsgesetz (BVG)**



Landratsamt Ravensburg  
Sozial- und Inklusionsamt  
Gartenstraße 107  
88212 Ravensburg

Bitte füllen Sie das Formular vollständig, also jedes Feld aus (insbesondere auch die medizinischen Punkte 3.1 bis 3.9 und 4.1 bis 4.3).

**1. Angaben zur sehbehinderten Person**

Familienname		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Geburtsland/-staat	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

**2. Hinweise zu den medizinischen Voraussetzungen**

**2.1 Landesblindenhilfe nach dem BliHG erhalten Personen,**

- a) die auf beiden Augen vollständig erblindet sind oder
- b) deren Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 1/50 beträgt oder
- c) bei denen durch Buchst. b) nicht erfasste, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe nach Buchst. b) gleichzuachten sind.

**2.2 Blindenhilfe nach § 72 SGB XII bzw. nach § 27d BVG erhalten Personen**

- a) die auf beiden Augen vollständig erblindet sind oder
- b) deren beidäugige Gesamtsehschärfe nicht mehr als 1/50 beträgt oder
- c) bei denen dem Schweregrad der unter b) genannten Sehschärfe gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens vorliegen.

**3. Augenbefund**

**3.1** Der/Die Sehbehinderte steht bei mir in Behandlung seit

**3.2** Der nachfolgende genannte Befund wurde zuletzt erhoben am

**3.3** Augenärztlicher Befund:

(Datum und exakte Beschreibung der krankhaften Veränderung der Augenabschnitte)

### 3.4 Diagnosen

### 3.5 Welche krankhaften Veränderungen führten **vorwiegend** zur Erblindung?

3.6 Ist die Sehbehinderung die Folge eines Unfalls oder einer sonstigen äußeren Einwirkung?

nein

ja

3.7 Ist mit einer Besserung der Sehfähigkeit zu rechnen?

nein

ja

3.8 Können operative Maßnahmen die Sehfähigkeit bessern?

nein

ja

3.9 Wenn Ziffer 3.7 oder 3.8 bejaht wird, zu welchem Zeitpunkt? (bitte nähere Erläuterung)

### 4. Angaben zum Sehvermögen

4.1 Liegt völlige Erblindung vor?

nein

ja

(Keine Lichtscheinwahrnehmung auf beiden Augen)

### 4.2 Sehminderung

Wenn keine völlige Erblindung vorliegt, bitte die zentrale Sehschärfe jeweils ohne und mit Korrektur angeben, maßgeblich ist jedoch der Wert **mit** bestmöglicher Korrektur.

Besonders bei Prüfung unter 5 Meter die Sehschärfe bitte als Bruchzahl angeben (Ist-Entfernung im Zähler, Soll-Entfernung im Nenner)

	Prüfentfernung	Sehschärfe ohne Korrektur	Sehschärfe mit Korrektur
Rechtes Auge	m		
Linkes Auge	m		
Beide Augen	m		

### 4.3 Gesichtsfeldprüfung

Ist immer dann erforderlich, wenn die Sehschärfe des besser sehenden Auges mehr als 1/50 (0,02) beträgt.

**Gesichtsfeldeinschränkung**  nein  ja

#### Einengung des Gesichtsfeldes von außen:

(Maßgeblich ist die größte Ausdehnung des Gesichtsfeldes)

rechtes Auge: die Außengrenze ist eingengt bis auf maximal

 Grad

linkes Auge: die Außengrenze ist eingengt bis auf maximal

 Grad

#### Zentraler Gesichtsfeldausfall (z.B. durch Zentralskotom)

(Maßgeblich ist die kleinste Ausdehnung des Zentralskotoms)

rechtes Auge: es besteht zentraler Gesichtsfeldausfall bis zu maximal

 Grad

linkes Auge: es besteht zentraler Gesichtsfeldausfall bis zu maximal

 Grad

**Bitte immer Kopien der Gesichtsfeldmessungen beifügen!**

**Hinweis:** Es können nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend Goldmann-Perimeter III/4e verwertet werden (vgl. „Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft – DOG-Richtlinie“ und „Kapitel 4 Versorgungsmedizinische Grundsätze (VersMedV)“). Sollte kein Goldmann-Perimeter oder ein entsprechendes Gerät zur Verfügung stehen (z. Zt. Twinfield, Octopus 101 bzw. 900 mit Zusatzsoftware) geben wir anheim, die Prüfung bei einer anderen Stelle vornehmen zu lassen.

**5. Stimmen die subjektiven Angaben mit dem objektiven Befund überein?**  nein  ja

#### 6. Abschließende Beurteilung

Die medizinischen Voraussetzungen zur Erlangung der Blindenhilfe

- liegen vor nach (siehe Seite 1)

- sind erfüllt seit

1) Landesblindenhilfe nach dem BliHG:

Ziffer 2.1a)  nein  ja

Ziffer 2.1b)  nein  ja

Ziffer 2.1c)  nein  ja

2) Blindenhilfe nach § 72 SGB XII bzw. nach § 27d BVG:

Ziffer 2.2a)  nein  ja

Ziffer 2.2b)  nein  ja

Ziffer 2.2c)  nein  ja

Ort, Datum

Unterschrift Augenarzt/-ärztin

Stempel

## **Einverständniserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Daten nach der Datenschutzgrundverordnung**

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen die Erhebung und Verarbeitung aller notwendigen personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich insbesondere um Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie sonstige notwendige Angaben. Diese Daten werden auf dem Server der zuständigen Stelle gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben. Darüber hinaus ist für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers erforderlich. Eine automatische Löschung erfolgt nach 180 Tagen, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden. In Fällen mit einer gebührenpflichtigen Verarbeitung kann es vorkommen, dass zur Abwicklung der Bezahlung Ihre bezahlrelevanten Daten an den ePayment-Provider übermittelt werden.

**Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und nehme diese zur Kenntnis. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben und Daten elektronisch zu den in der Datenschutzerklärung erläuterten Zwecken erhoben und gespeichert werden.