|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAK  Invalidenversicherung  Gerberweg 2  9490 Vaduz |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name) | Geburtsdatum | Versichertennummer |

**Fragebogen für den Arzt "Revision Blindenbeihilfe"**

Der letzte Arztbericht wurde erstellt am: x--Datum--x

Bisheriger Grad der Sehschwäche: x--hochgradig sehschwach/praktisch blind/vollblind--x

Revisionstermin: x--Datum--x

**Diagnose:**

**Die nachfolgenden Messwerte verstehen sich unter Korrektur mit gewöhnlichen Hilfsmitteln.**

Wer an **beiden Augen** nichts sieht oder nur Lichtschein erkennt, ihn aber falsch projiziert und somit in nicht ganz vertrauter Umwelt sich allein nicht zurecht finden kann **= vollblind**

**Der/die Versicherte ist im Sinne des Gesetzes  vollblind**

Derjenige, dessen Sehschärfe am besseren Auge nicht mehr als **1/60** beträgt;

dessen Sehschärfe am besseren Auge nicht mehr als **1/35** beträgt bei Gesichtsfeldeinschränkung

auf **30 Grad oder weniger;**

dessen Sehschärfe am besseren Auge nicht mehr als **1/20** beträgt bei Gesichtsfeldeinschränkung auf   
**15 Grad oder weniger = praktisch blind**

**Der/die Versicherte ist im Sinne des Gesetzes  praktisch blind**

Derjenige, dessen Sehschärfe am besseren Auge mit gewöhnlichen Hilfsmitteln

**6/60 oder weniger beträgt;**

bei dem bei guter zentraler Sehschärfe eine Gesichtsfeldeinschränkung

auf **15 Grad oder weniger** besteht;

bei dem bei guter zentraler Sehschärfe eine hochgradige Blendungsempfindlichkeit

zufolge fehlendem Pigmentblatt oder fehlender Iris besteht **= hochgradig sehschwach**

**Der/die Versicherte ist im Sinne des Gesetzes  hochgradig sehschwach**

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin