|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAKInvalidenversicherungGerberweg 29490 Vaduz |

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

**Augenärztlicher Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altesjahr für die Zeit ab**

Bitte mit Schreibmaschine oder PC ausfüllen und innert 30 Tagen an die IV-Stelle zurücksenden.

[ ]  Beantworten Sie bitte auch die zusätzlichen Fragen auf dem Beiblatt.

1. Datum der letzten augenärztlichen Kontrolle

2. Aktuelle augenärztliche Diagnose:

3. Ist die augenärztliche Behandlung abgeschlossen? [ ]  Ja [ ]  Nein

4. Wenn nein, worin besteht die weitere Behandlung und wie lange ist diese voraussichtlich noch notwendig?

5. Bitte sämtliche korrigierte Visuswerte der letzten beiden Jahre angeben:

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin