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