**Überweisung Sehberatung und**

**Arztzeugnis Hilfslosenentschädigung**

**Personalien**

Name/Vorname………………………………………………. Geb. Datum………………………….

Adresse……………………………………………………………………………………………………

PLZ/Ort………………………………………………………. Tel. P………………………………….

E-Mail………………………………………………………… Tel. M…………………………………

evtl. Kontaktperson für Vereinbarung Beratungstermin:

Name/Vorname……………………………………………. Telefon………………………………..

**Angaben zum Sehen**

Diagnose: Rechtes Auge: …………………………………………………………………………..

Linkes Auge: …………………………………………………………………………….

Ursache:  Geburtsgebrechen  Unfall  Krankheit

Sehschärfe: rechtes Auge …..….. in .…….m Refraktion: ……………………………………

linkes Auge ………. in ……..m Refraktion: ……………………………………

Gesichtsfeld: …………………………………………..………………………...........  s. Beilage

Prognose:  Besserung  keine Veränderung  Verschlechterung

**Anspruch auf Hilflosenentschädigung**

Besteht bei der oben genannten Person eine hochgradige Sehschwäche gemäss Definition Kreisschreiben der IV **(siehe Rückseite)**?

Ja  Nein

**Wenn Ja, seit wann?** (Monat/Jahr)………... /……………

**Beratung gewünscht zu:**

Lesen/Schreiben  Blendung  Beleuchtung

Mobilität/Einkäufe  Haushalt/Kochen/Handarbeit

PC  Smartphone/Natel/Tablet

Anderes: ………………………………………………………………………………………………….

Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Formular mit dem Einverständnis der betroffenen Person bei Bedarf an die IV weitergeleitet wird? Ja Nein

**Bemerkungen:**

**Name/Adresse der überweisenden Stelle:**

Datum Unterschrift

**Bitte senden Sie das Formular an** : [beratungsstelle.zentralschweiz@sbv-fsa.ch](mailto:beratungsstelle.zentralschweiz@sbv-fsa.ch) (HIN-Secured)

**Oder postalisch an**: Fachstelle Sehbehinderung Zentralschweiz, Maihofstrasse 95c, 6006 Luzern

Ein Faxgerät steht uns nicht mehr zur Verfügung.

Sie finden das Formular auch zum Download auf [www.fs-z.ch](http://www.fs-z.ch) unter "Dienstleistungen".

**Definition Anspruch auf eine leichte Hilflosenentschädigung**:

Wir beziehen uns dabei auf das Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit Artikel 4.2.2 Abs. 8065:

*„Blinde und hochgradig Sehschwache (ZAK 1982 S. 264): Eine hochgradige Seh-schwäche ist anzunehmen, wenn ein korrigierter Fernvisus von beidseitig weniger als 0,2 oder wenn beidseitig eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20 Grad horizontaler Durchmesser) vorliegt (Gesichtsfeldmessung: Goldmann-Perimeter Marke III/4). Bestehen gleichzeitig eine Verminderung der Sehschärfe und eine Gesichtsfeldeinschränkung, ohne dass aber die Grenzwerte erreicht werden, so ist eine hochgradige Sehschwäche anzunehmen, wenn sie die gleichen Auswirkungen wie eine Visusverminderung oder Gesichtsfeldeinschränkung vom erwähnten Ausmass haben(ZAK 1982 S. 264). Dies gilt auch bei anderen Beeinträchtigungen des Gesichtsfeldes (z.B: sektor- oder sichelförmige Ausfälle, Hemianopsien, Zentralskotom).*