|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-StelleImpasse de la Colline 1, Postfach, 1762 Givisiez |  |  |
| Name und Adresse des Arztes |  | **AHV-Nummer:** **Gesuch vom** **Ref:** **T** **I/Zeichen:**  |
| Givisiez,  |  |  |

**Name, Vorname der versicherten Person**

**Geboren am**

**Hilflosenentschädigung leichten Grades bei hochgradig Sehschwachen**

**Voraussetzungen** (Auszug aus dem Kreisschreiben über Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung KSH Randziffern 3013 und 3014)**:**

Menschen mit geringerem Visus als 0.05 gelten als blind, auch wenn noch ein Restsehvermögen oder eine Lichtscheinwahrnehmung vorhanden ist.

Eine hochgradige Sehschwäche ist anzunehmen, wenn ein korrigierter Fernvisus von beidseitig weniger als 0,2 vorliegt oder wenn beidseitig eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20 Grad horizontaler Durchmesser) gegeben ist (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. Dies gilt auch bei anderen Beeinträchtigungen des Gesichtsfeldes (z.B. sektor- oder sichelförmige Ausfälle, Hemianopsien, Zentralskotome).

Bitte leserlich oder PC ausfüllen und senden Sie diesen zurück.

Besteht bei der versicherten Person eine hochgradige Sehschwäche gemäss der obigen Definition?

o Ja o Nein

Wenn ja, aus welchen Gründen (bitte mit detaillierter Angabe der Werte)

Wenn ja, seit wann? Monat und Jahr:

Ist die vorliegende hochgradige Sehschwäche als verbleibende Einschränkung zu betrachten oder kann sich diese durch allfällig vorgesehene medizinische Massnahmen (z.B. Operation) in dem Sinne verbessern, dass die Voraussetzungen für eine hochgradige Sehschwäche gemäss der obigen Definition nicht mehr erfüllt sind?

o Ja o Nein

Wenn ja, bitte um Erläuterung

Ort und Datum:       Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin: