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

|  |
| --- |
|  |

**Name, Vorname der versicherten Person:**

**Geboren am**

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

o 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?

1. Bitte sämtliche korrigierten Visuswerte der letzten beiden Jahre angeben:

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes