Augenärztlicher Verlaufsbericht bei Jugendlichen

|  |
| --- |
| <KON\_IVS\_AdrZTelFaxOez> |
| 102J-5 |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |       |
| Zuständig: |       |
| Direktwahl: |       |
| Versicherten-Nr: |       |

|  |
| --- |
|  |
| Versicherter |       |
|  |  |
| Augenärztlicher Verlaufsbericht für Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr für die Zeit ab:      |
|  |  |
| Fragen/Bemerkungen: |  |
|  |
| Beilagen |       |
|  |

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

1. Datum der letzten augenärztlichen Kontrolle:
2. Aktuelle augenärztliche Diagnose:

1. Ist die augenärztliche Behandlung abgeschlossen? [ ]  Ja [ ]  Nein
2. Wenn nein, worin besteht die weitere Behandlung und wie lange ist diese voraussichtlich noch notwendig?

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

Datum       Stempel und Unterschrift des Arztes / der Aerztin