Augenärztlicher Verlaufsbericht
bei Jugendlichen

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:

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 Aerztin