



Augenärztlicher Verlaufsbericht bei Jugendlichen

Eidgenössische Invalidenversicherung

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Beantragte Leistungen:

Fragen/Bemerkungen:

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