|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Invalidenversicherungs-Stelle Impasse 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