

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname: geb.:

Zweites Rentengutachten – Augen – – Feststellung einer Rente auf unbestimmte Zeit –

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das erbetene Gutachten.

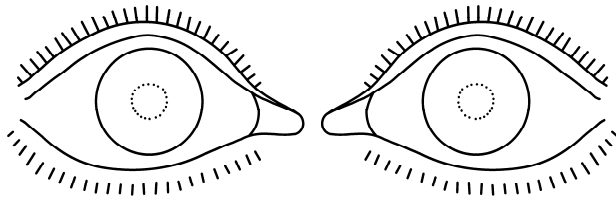
1 **Klagen** des Versicherten:

2 **Befund** (gründliche und vollständige Schilderung erforderlich):

2.1 Objektiv erkennbare Krankheitserscheinungen (Beschreibung des Allgemeinzustandes, wenn er für die Beurteilung wichtig ist oder mit der Verletzung der Augen zusammenhängt. Jedes Auge einzeln beschreiben und die beigedruckten Schemata zum Einzeichnen der äußerlich erkennbaren Veränderungen benutzen.):

...

Az.: , Name:



rechts

links

2.2 **Sehvermögen:**

Sehschärfe nach DIN 58220

2.2.1 ohne Korrektur R

L

beidäugige Gesamtsehschärfe

2.2.2 mit Korrektur
fern

R dpt sph. ☉

dpt cyl

Achse

L dpt sph. ☉

dpt cyl.

Achse

beidäugige Gesamtsehschärfe

R dpt sph. ☉

dpt cyl.

Achse

nah

L dpt sph. ☉

dpt cyl.

Achse

beidäugige Gesamtsehschärfe

Sonstige Abweichungen vom normalen Sehen wie etwa Gesichtsfeldausfälle (Bestimmung ausschließlich mit einer manuellkinetischen Methode und einer Markengröße entsprechend Goldmann III/4, ausgenommen Vergleichsuntersuchungen), Störungen des körperlichen Sehens usw.:

- 3 Entsprechen die Angaben bei der Prüfung des Sehvermögens unter Ziffer 2.2 dem objektiven Befund?
Wenn nein, welche Prüfungen wurden durchgeführt, um unabhängig vom Willen des Versicherten das tatsächlich vorhandene Sehvermögen zu ermitteln?

Welches Ergebnis hatten die Prüfungen?

Az.: , Name:

Zusammenfassung der noch bestehenden **Unfallfolgen**:

4 Welche Veränderungen sind nicht Folgen des Unfalls? (Genau Bezeichnung unter Angabe der Diagnose dieses Krankheitsbildes.)

5 Sofern die Korrektur mit Kontaktlinse erfolgt: Bestehen objektive Gründe für die Unverträglichkeit einer Kontaktlinse?

6 Wird die **Erwerbsfähigkeit** durch die Unfallfolgen **jetzt noch wesentlich**, d. h. um wenigstens **10 %**, herabgesetzt?
Wenn ja, um wie viel %, wenn die Erwerbsfähigkeit **vor** dem Unfall = 100 gesetzt wird?
Um %

Az.: , Name:

- 7 Ist zu erwarten, dass die durch den Unfall geminderte Erwerbsfähigkeit sich bessern wird (z. B. durch Änderung des objektiven Befundes, durch Verringerung der Beschwerden, durch Anpassung und Gewöhnung an die Unfallfolgen, durch Korrektur, durch ein Heilverfahren, durch den Gebrauch von Hilfsmitteln)?

Wenn ja: bis wann voraussichtlich?

- 8 Sind zur Wiederherstellung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten weitere ärztliche Maßnahmen erforderlich?

Ja Nein

Welcher Vorschlag wird ggf. gemacht?

- 9 Kann nach Ihrer Meinung die Erwerbsfähigkeit des Versicherten durch geeignete Maßnahmen (z. B. Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz, Anlernung für eine andere Tätigkeit, Umschulung) wiederhergestellt oder gebessert werden?

Ja Nein

Welcher Vorschlag wird ggf. gemacht?

Az.: , Name:

10 Sonstige Bemerkungen:

Tag der Untersuchung:

Der Versicherte erschien um Uhr, entlassen um Uhr.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –