



**Augenärztliche Angaben zur Beantragung einer  
„Hilflosenentschädigung leichten Grades im Sonderfall“ für :**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Grundlagen zu den Fragen 1-3, Anspruchskriterien:

„Eine hochgradige Sehschwäche ist anzunehmen, wenn ein **korrigierter Fernvisus** von **beidseitig weniger als 0.2** oder wenn **beidseitig eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad** Abstand vom Zentrum (20 Grad horizontaler Durchmesser) vorliegt (Gesichtsfeldmessung: Goldmann-Perimeter Marke III/4). Bestehen gleichzeitig eine Verminderung der Sehschärfe und eine Gesichtsfeldeinschränkung, ohne dass aber die Grenzwerte erreicht werden, so ist eine hochgradige Sehschwäche anzunehmen, wenn sie **die gleichen Auswirkungen wie eine Visusverminderung oder Gesichtsfeldeinschränkung vom erwähnten Ausmass** haben (ZAK 1982 S. 264). Dies gilt auch bei anderen Beeinträchtigungen des Gesichtsfeldes (zum Beispiel sektor- oder sichelförmige Ausfälle, Hemianopsien, Zentralskotome).“

Gesetzliche Grundlagen zu Frage 4, Zeitpunkt des Anspruchs:

Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in welchem die obengenannten Kriterien erfüllt sind und **ununterbrochen während einem Jahr** bestanden haben. (Wartezeit von 12 Monaten).

Quelle: Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH)

- Die Hilflosenentschädigung wird für maximal **12 Monate rückwirkend** ausbezahlt.
- Den **Entscheid** über den Anspruch auf Hilflosenentschädigung leichten Grades im Sonderfall trifft die zuständige **IV-Stelle**
- Ausgenommen sind Personen, die in einer Institution leben

- 
- 1 Besteht ein **bestkorrigierter** Fernvisus von **beidseits weniger** als 0.2?  
ja      nein
  
  - 2 Besteht beidseits eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf **10 Grad Abstand vom Zentrum** (20 Grad horizontaler Durchmesser, Goldmann Perimeter Marke III/4)?  
ja      nein
  
  - 3 Besteht gleichzeitig eine Verminderung der Sehschärfe und eine Gesichtsfeldeinschränkung, ohne dass aber die Grenzwerte von 1 und 2 erreicht werden, **jedoch mit den gleichen Auswirkungen**?  
ja      nein
  
  - 4 Falls eine der Fragen 1 bis 3 mit ja beantwortet wurde: **Seit wann** bestehen die obigen Beeinträchtigungen? (Monatsangabe zwingend wegen Wartejahr)

**Monat:** \_\_\_\_\_**Jahr:** \_\_\_\_\_**Stempel und Unterschrift  
der Augenärztin/des Augenarztes:** \_\_\_\_\_**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_