|  |
| --- |
| WAS Wirtschaft Arbeit SozialesIV LuzernLandenbergstrasse 35 | Postfach | 6005 Luzern | Telefon +41 41 209 00 02iv@was-luzern.ch | www.was-luzern.ch/iv |

Versicherten-Nr.

Zuständig

Telefon

Datum

Bitte 1. Seite des original Arztberichtes beilegen (OCR-Code).

Augenärztlicher Verlaufsbericht

bei Jugendlichen



|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |  |
|  |  |
| Beantragte Leistungen: |  |
|  |  |
| Fragen/Bemerkungen: |  |
|  |

Bitte ausfüllen und innert 30 Tagen an WAS IV Luzern 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