



DIP - SSEJ
Fachbereich Sehvermögen und
Gehör
Rue des Glacis-de-Rive 11
1207 Genf
Tel. +41 (0) 22 546 41 00

An die Eltern von

Genf, den

Schule:
Stufe:

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr

Bei der Früherkennungsuntersuchung des Sehvermögens in der Schule am xx.xx.xxxx hat sich herausgestellt, dass Ihr Kind eine augenärztliche Kontrolle benötigt.

Bitte händigen Sie dieses Schreiben dem Augenarzt Ihrer Wahl aus und informieren Sie Ihren Kinderarzt.

Wenn Sie noch keinen haben, können Sie über diesen Link einen Augenarzt in Genf suchen:
<https://www.amge.ch/medecins/annuaire-des-medecins/>. (Die obligatorische Versicherung erstattet 180.- CHF pro Jahr bis zum 18. Altersjahr für Brillengläser gegen Vorlage eines augenärztlichen Rezepts.)

Freundliche Grüsse

Dr. MUNIER Alain
Zuständiger Augenarzt

CAFALLI, Myriam
Techniker/in Hörakustik und Augenheilkunde

An den Augenarzt: Bitte senden Sie uns dieses Formular mit dem Ergebnis Ihrer Untersuchung zurück und händigen Sie den Eltern eine Kopie aus.

Datum der Untersuchung:

Sehschärfe: OD nicht korrigiert korrigiert Nahsicht
.....

OS nicht korrigiert korrigiert Nahsicht
.....

Rp: Rechtes Auge
Linkes Auge

Nicht umkehrbare Amblyopie: OD* ☐ OS* ☐
Amblyopie in Behandlung: OD* ☐ OS* ☐

Brille: *
nein ☐
im Unterricht ☐
ständig ☐
Okklusion ☐

Kommentare:

Stempel / Unterschrift: