



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:

\* Bitte kreuzen Sie das Feld an, das der Diagnose oder dem Rat entspricht

Commenté [A1]: J'ai un doute concernant la signification de „Rp“, mais „Retinitis pigmentosa“ pourrais convenir.