

## Augenärztlicher Verlaufsbericht bei Jugendlichen

Versicherten-Nr.

Zuständig  
Telefon

Datum

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