

## Bestellformular Visian ICL

T +41 56 406 42 00 | F +41 56 406 20 21 | [calc@oertli-ophthalmedic.ch](mailto:calc@oertli-ophthalmedic.ch)

Arzt *	Bestelldatum *
Tel. oder E-Mail	Klinik
Patienten ID *	Geburtsdatum *

Linse *	OD		OS	
	Sphärisch	Torisch	Sphärisch	Torisch
Subjektive Refraktion				
Cycloplegische Refraktion				
<b>Refraktion für die Berechnung*</b>				
Zielrefraktion*				
Hornhautscheitelabstand im mm*				
BCVA				
Status nach / Pathologie				
Keratometrie in Dioptrien*	Achse:		Achse:	
	K1	°	K1:	°
	K2	°	K2:	°
Vorderkammertiefe in mm*	ACD (ext.):		ACD (ext.):	
	oder		oder	
	ACD (int.):		ACD (int.):	
Hornhautdicke / Pachymetrie*				
Kammerwinkel				

Weiss-zu-Weiss / WTW (Messung von **2** Geräten obligatorisch!) \*

IOL Master	500	700		
Galilei				
Pentacam				
Lenstar				
Orbscan				
Andere:				

**\*Obligatorische Angaben.** Bitte Biometrie & Topographie mitsenden.

OP-Datum OD                      Kommentar Arzt

OP-Datum OS

Lieferdatum

Unterschrift