

Modulo d'ordine IOL

T +41 56 406 42 00 | F +41 56 406 20 21 | calc@oertli-ophthalmedic.ch

Dottore*	Data dell'ordine *
Tel. / E-Mail	Clinica
Patienten ID *	Data di nascita *
OD *	OS *
Medicontur	Medicontur
Zeiss	Zeiss
Lenstec	Lenstec
1stQ**	1stQ**
Cristalens	Cristalens

** Indicare la rifrazione soggettiva:

OD	Sph	Cyl	Ax°	OS	Sph	Cyl	Ax°
OD target ref.		Tendenza ipermetropia		Tendenza miopia		Occhio dominante	
OS target ref.		Tendenza ipermetropia		Tendenza miopia		Occhio dominante	

Stato dell'occhio

Data Operazione OD	Commento del medico
Data Operazione OS	
OD	OS
SIA	SIA
Incisione °	Incisione °

* **Informazioni obbligatorie.** Siete pregati di inviarci le biometrie e/o topografie!

Data di consegna	Data / Firma
------------------	--------------