

Arzt:

Bestelldatum:

Patienten ID:

Geburtsdatum:

**OD**

Rayner

Medicentur

Zeiss

Staar

LensTec

1stQ\*

**OS**

Rayner

Medicentur

Zeiss

Staar

LensTec

1stQ\*

\* Bitte subj Refraktion eintragen:

OD Sph  Cyl  Ax°

OS Sph  Cyl  Ax°

OD Zielref  Falls ZR nicht genau erreicht: tendenziell ins Minus  ins Plus  Dominanz

OS Zielref  Falls ZR nicht genau erreicht: tendenziell ins Minus  ins Plus  Dominanz

Status Auge:

Kommentar Arzt:

OP Datum OD:

OP Datum OS:

**OD**

SIA:  Inzision °:

**OS**

SIA:  Inzision °:

Kommentar Domedics AG: Bitte als Beilage **Biometrie** bzw. **Topografie** Ausdrucke beilegen!

Lieferdatum:

Datum / Unterschrift: .....