oertli
ophthalmedic®

Modulo d’ordine ICL

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

Dottore *	Data dell’ordine *
Tel. / E-Mail	Clinica
ID Paziente *	Data di nascita *

	OD	**OS**
Lente *	◯ Sferica ◯ Torica	◯ Sferica ◯ ica
Rifrazione soggettiva		
Rifrazione cicloplegica		
Rifrazione per il calcolo *		
Target *		
Delta in millimetri *		
BCVA		
Patologie		
Keratometria Dpt *	Asse: K1 ° K2 °	Asse: K1 ° K2 °
Camera anteriore *	ACD (ext.): o ACD (int.):	ACD (ext.): o ACD (int.):
Pachimetria *		
Angolo camera anteriore		

WTW (Misura con 2 strumenti!) *

IOL Master ◯ 500 ◯ 700		
Galilei		
Pentacam		
Lenstar		
Altro:		

***Dati Obligatori. Siete pregati di inviare biometrie & topographie.**

Data operazione OD	Commentario del medico
Data operazione OS	
Data di consegna	Società