

## Bestellformular IOL

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

Arzt *	Bestelldatum *
Tel. oder E-Mail	Klinik
Patienten ID *	Geburtsdatum *
<b>OD *</b>	<b>OS *</b>
Medicontur	Medicontur
Zeiss	Zeiss
1stQ**	1stQ**
Cristalens	Cristalens

\*\* Bitte subj. Refraktion eintragen:

<b>OD</b>	Sph	Cyl	Ax°	<b>OS</b>	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

OP-Datum OD	Kommentar Arzt
OP-Datum OS	
<b>OD</b>	<b>OS</b>
SIA	Inzision °
SIA	Inzision °

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

Lieferdatum Datum / Unterschrift