

## 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*

---

<b>OD *</b>	<b>OS *</b>
Medicontur	Medicontur

Zeiss	Zeiss
-------	-------

1stQ**	1stQ**
--------	--------

Cristalens	Cristalens
------------	------------

---

\*\* Indicare la rifrazione soggettiva:

<b>OD</b>	Sph	Cyl	Ax°	<b>OS</b>	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**

SIA

Incisione °

**OS**

SIA

Incisione°

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

Data di consegna

Data / Firma