

Typ 313



Customized Gelb
 Standard

VOM OPERATEUR AUSZUFÜLLEN

OPERATEURDATEN

Name:	Vorname:
Praxis/Klinik:	Tel.:
Ort:	Fax:

PATIENTENDATEN

Patientennummer:	
Geb.-Datum:	gepl.OP-Termin:
Auge: <input type="checkbox"/> OD (rechtes Auge) <input type="checkbox"/> OS (Linkes Auge)	

LINSE

Chirurgisch ind. Ast. (SIA) [D]:	Schnittlokation (IL) [°]:
----------------------------------	---------------------------

Sphärischer Brechwert der IOL [D]:

Verwendete Formel: Haigis HofferQ SRK II SRK/T

Messwerte(mm) <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> optisch (z.B. IOL-Master)	
Achslänge (mm):	Vorderkammertiefe (mm):

Radien: <input type="checkbox"/> Topograph <input type="checkbox"/> IOL-Master		
	mm	Winkel
K1 (flach)		
K2 (steil)		

Visus SC:	
Visus CC:	
Subj.Refraktion (Dpt):	
Zielrefraktion (Dpt):	

Bitte achten Sie bei Kontaktlinsen auf eine Karenzzeit von mindestens 2 Wochen!

Pflichtfelder vom Operateur auszufüllen

VERARBEITUNG DER DATEN DURCH OCULENTIS (BERECHNUNGSFORMULAR FOLGT)

Bestellformular verarbeitet durch:	Datum:
------------------------------------	--------



Mediconsult AG
 Frohheimstrasse 2
 9325 Roggwil
 www.mediconsult.ch

Bitte ausfüllen und zurückfaxen an:
 Telefax: Tel.: ++41- 71 - 454 70 28
 Telefon: Tel.: ++41- 71- 454 70 20