

Centro ottico
(timbro)



Invio informazioni dell'Ottico Optometrista al Medico Oculista

DATA:

Gentile Dott./Prof.,
di seguito le fornisco i dettagli delle lenti attualmente in uso del Sig./Sig.ra

| COGNOME | NOME | | | | |
|---|-----------------------|----------------|---------------|----------------|-----------|
| Occhiale in uso | | | | | |
| Data ultimo controllo oculistico | | | | | |
| DETTAGLI DELLE LENTI IN USO | | | | | |
| TIPOLOGIA LENTI | | | | | |
| Monofocale | Supporto Accomodativo | Office | Progressive | | |
| | | | | | |
| Altro | | | | | |
| TRATTAMENTI | | | | | |
| Antiriflesso | Filtro Luce Blu | Fotocromatiche | | | |
| | | | | | |
| Altro | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Usa lenti a contatto | | | | | |
| PRESCRIZIONE OCCHIALI | | | | | |
| OCCHIO SINISTRO | | | OCCHIO DESTRO | | |
| Sfera (SF) | Cilindro (CYL) | Asse (AX) | Sfera (SF) | Cilindro (CYL) | Asse (AX) |
| | | | | | |

Rimango a completa disposizione per ogni ulteriore chiarimento o informazione che possa essere necessaria.

Cordiali saluti,