



TECNIS

Synergy™ IOL

MEGRENDELŐLAP

Intézmény neve:

Operáló orvos:

Műlencse típusa:

	„ZFR” Synergy	„DFW” Synergy Toric *	„DIB” Eyhance	„DIU” Eyhance Toric **
	A const: 119.3 (Optikai)	A const: 119.3 (Optikai)	A const: 119.3 (Optikai)	A const: 119.3 (Optikai)
Dioptria:				

*Synergy és **Eyhance Tórikus Műlencse esetén kérjük megadni a típus megjelöléssel a cylinder értéket is:

SYNERGY	DFW	DFW	DFW	DFW	DFW
TORIC	100	150	225	300	375

EYHANCE	DIU	DIU	DIU	DIU	DIU	DIU	DIU	DIU	DIU	DIU
TORIC	100	150	225	300	375	450	525	600	700	800

Páciens neve:

Címe:

Elérhetősége (tel. / e-mail):

A műtét tervezett időpontja:

Dátum:

műtétet végző orvos aláírása

Tervezett szemműtétemhez ezennel rendelem meg a fentiekben részletezett műlencsét. Hozzájárulok a személyes adataim OPC Kft. általi kezeléséhez a cég www.opc.hu weblapján elérhető Adatvédelmi Szabályzatnak megfelelően.

páciens aláírása