



MŰLENCSE MEGRENDELŐLAP

Intézmény:

Operáló orvos:

TÍPUS ÉS DIOPTRIA ÉRTÉK:

"DFR" Synergy	"DFW" Synergy Toric *	"DIB" Eyhance	"DIU" Eyhance Toric *	"DEN" PureSee	"DET" PureSee Toric *
<i>az A constans minden típusnál: 119.3</i>					

* Synergy Toric, Eyhance Toric, PureSee Toric műlencse esetén kérjük megadni a típus megjelöléssel a cylinder értéket is:

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

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

PURESEE TORIC	DET 100	DET 150	DET 225	DET 300	DET 375	DET 450	DET 525	DET 600
------------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Páciens neve:

Címe:

Elérhetősége (tel. / e-mail):

A műtét tervezett időpontja:

A megrendelés dátuma:

műtétet végző orvos aláírása

Tervezett szemműtétemhez ezennel rendeltem 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