

Bestellung torischer Intraokularlinsen

an FAX-Nr: 0 23 64 - 50 887 - 29



IOL - Modell: VIGOR TORIC torische IOL

Praxis/Klinik-Daten	
Name: ▶	Vorname: ▶
Praxis/Klinik: ▶	Tel: ▶
Ort: ▶	Fax: ▶

Patientendaten	
Patientennummer: ▶	
Geb. - Datum: ▶	
Auge: <input type="checkbox"/>	rechtes Auge (OD) ▶
Auge: <input type="checkbox"/>	linkes Auge (OS) ▶
geplanter OP-Termin: ▶	

Linse	
Chirurgisch Ind. Ast. (SIA) (D) ▶	
Schnittlokation (IL) (°) ▶	
Sphärischer Brechwert der IOL (D) ▶	
Verwendete Formel:	<input type="checkbox"/> Haigis <input type="checkbox"/> HofferQ <input type="checkbox"/> SRK II <input type="checkbox"/> SRK/T

Messwerte (mm) ▶	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> optisch (z.B. IOL-Master)
Achsiale Länge (mm) ▶		
Vorderkammer-Tiefe (mm) ▶		

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

Visus SC	
Visus CC	
Subj. Refraktion Dpt ▶	

Bei Kontaktlinsenträgern beachten Sie bitte eine Karenzzeit von 2 Wochen

▶ >>>>> Diese Felder unbedingt ausfüllen!!

Für evtl. Fragen bitte unter Tel. 02364 50 887-0 anrufen.

Datum:

ARGNOPTICS GMBH
Zum Stadtgraben 7
45721 Haltern am See
www.argnoptics.de