oertli ophthalmedic®

Bestellformular Visian ICL

T +41 56 406 42 00 | F +41 56 406 20 21 | calc@oertli-ophthalmedic.ch

Arzt *	Bestelldatum *
Tel. oder E-Mail	Klinik
Patienten ID *	Geburtsdatum *

	OD	**OS**
Linse *	◯ Sphärisch ◯ Torisch	◯ Sphärisch ◯ Torisch
Subjektive Refraktion		
Cycloplegische Refraktion		
Refraktion für die Berechnung*		
Zielrefraktion*		
Hornhautscheitelabstand im mm*		
BCVA		
Status nach / Pathologie		
Keratometrie in Dioptrien*	Achse: K1 ° K2 °	Achse: K1: ° K2: °
Vorderkammertiefe in mm*	ACD (ext.): oder ACD (int.):	ACD (ext.): oder ACD (int.):
Hornhautdicke / Pachymetrie*		
Kammerwinkel		

Weiss-zu-Weiss / WTW (Messung von **2** Geräten obligatorisch!) *

IOL Master ◯ 500 ◯ 700		
Galilei		
Pentacam		
Lenstar		
Orbscan		
Andere:		

***Obligatorische Angaben**. Bitte Biometrie & Topographie mitsenden.

OP-Datum OD

OP-Datum OS

Kommentar Arzt

Lieferdatum

Unterschrift

Oertli Ophthalmedic Schweiz AG
Zelgweg 12
5405 Dättwil

T +41 56 406 42 00
F +41 56 406 20 21
www.oertli-ophthalmedic.ch