

NÉV: _____

Születési dátum: ____ . ____ . ____

Anyja neve: _____

TAJ: ____ - ____ - ____

Lakcím: ____ - ____ - ____

Diagnózis: _____

Anamnézis:

Visus:

Jobb oldal korrekció nélkül: _____

Bal oldal korrekció nélkül: _____

Legjobb korrekció:

Jobb oldal: _____

Bal oldal: _____

Visus:

Jobb oldal korrekcióval: _____

Bal oldal korrekcióval: _____

_____, ____ . ____ . ____

szemész szakorvos aláírása és pecsétje