

Verordnende Ärztin/Arzt

Telefon/Fax
Mail
Web
GLN / ZSR

Brillenrezept

Patient/in

Geb.-Datum
AHV-Nummer
Telefon/Fax
Mail

Geschlecht

	<u>Sph</u> [diop]	<u>Cyl</u> [diop]	<u>Achse</u> [deg]	<u>Add1</u> [diop]	<u>Add2</u> [diop]	<u>(Δ Basis)_h</u> [cm/m]	<u>(Δ Basis)_v</u> [cm/m]
--	----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--	--

R
L

Visus_{sc} R
L

Visus_{cc} R
L

Typ

PD
mm R
L

HSA
mm R
L

Bemerkung

Datum

Unterschrift _____