



RICHIESTA DI INTERVENTO PER CATARATTA IN FACOEMULSIFICAZIONE

Cognome e nome

Data di nascita

Residenza

Recapiti telefonici

	<i>OD</i>	<i>OS</i>
Visus lontano		
Visus vicino		
Tono oculare		
Segmento anteriore		
Segmento posteriore		
Eventuali note		

Medico inviante

Urgente Motivo dell'urgenza

Data

Firma

Per motivi organizzativi, non saranno accettate le richieste incomplete ovvero non firmate dal medico inviante.