

Arzt/Ärztin

Telefon/Fax
 Mail
 Web
 EAN / 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>	<u>Add2</u>	<u>(Δ Basis)_h</u> [cm/m]	<u>(Δ Basis)_v</u> [cm/m]
--	----------------------	----------------------	-----------------------	-------------	-------------	--	--

R
 L

Typ

<u>PD</u> mm	R L
-----------------	--------

<u>HSA</u> mm	R L
------------------	--------

Bemerkung

Datum

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig