

## Médecin

Téléfon/Fax

Mail

Web

N° EAN / RCC

# Ordonnance de lunettes

## Patient

Date de naissance

N° AVS

Téléfon

Mail

Sexe

	<u>sph.</u> [diop]	<u>cyl.</u> [diop]	<u>axe</u> [deg]	<u>add1</u> [diop]	<u>add2</u> [diop]	<u>(Δ base)<sub>h</sub></u> [cm/m]	<u>(Δ base)<sub>v</sub></u> [cm/m]
--	-----------------------	-----------------------	---------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

D

G

Visus<sub>sc</sub> R  
L

Visus<sub>cc</sub> R  
L

Type

DP D  
mm G

DVO D  
mm G

Remarques

Date

Signature \_\_\_\_\_