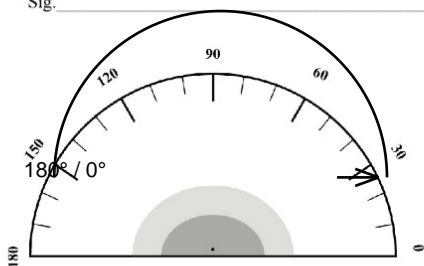


Data: 01/02/2026

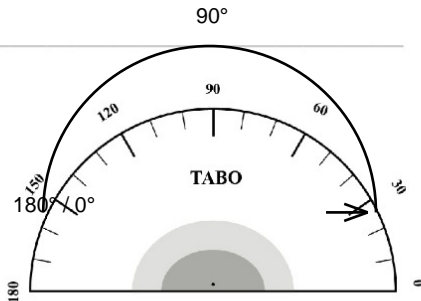
eppe

Data _____

Sig. _____



Occhio Destro



Occhio Sinistro

SFERO	CILINDRO	ASSE
Lenti consigliate:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LONTANO

INTERMEDIO
(COMPUTER)

VICINO
(LETTURA)

SFERO	CILINDRO	ASSE

PRISMA

BASE

PRISMA

BASE

LENTI CONSIGLIATE

PROGRESSIVE

PER VICINO/INTERMEDIO

FOTOCROMATICHE

POLARIZZATE

☐ TRATTAMENTO ANTIRIFLESSO

☐ ALTRI TRATTAMENTI

Firma / Timbro

Correzioni ottenute in base ai dati rifrattometrici ed alle indicazioni del paziente nell'esame soggettivo del visus.

Validità 1 anno.

NOTE:

La distanza interpupillare è una delle misure necessarie al montaggio delle lenti e dipende dalle caratteristiche tecnologiche delle lenti consigliate