



Özel EKOL HASTANESİ
KONTAKT LENS REÇETESİ



Hastanın Adı Soyadı :

No:

Yaşı :

Tarih:/...../202...

Adresi :

Reçetenin Son Kullanma Tarihi:/...../202...

Sağ Göz

Sol Göz

Temel Eğri		
Diyoptri		
Tüm Çap		
TORİK (Astigmatizma Aksi Ve Diyoptrisi)		
BİFOKAL (Yakın İçin Eklenen Diyoptri)		
RENKLİ (Renk Özellikleri / Ek Özellikler)		
Lensin Özel Adı		
Kontakt Lensin Kullanım Önerisi		

Doktor Kaşe / İmza:

- Teslim alındıktan sonra reçetelendiren doktor tarafından onaylanmayan kontakt lensler ile ilgili sorumluluk kabul edilemez.
- Bu reçete son kullanma tarihinden sonra kullanılamaz.
- Bu reçete üç nüsha olarak düzenlenmiştir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
HB.YD.21	12.04.2022	00	-	1 / 1