



SCHEMA PER SUSSIDI OTTICI – LENTI E MONTATURE

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO OCULISTA O DELL'OTTICO-OPTOMETRISTA

AL CRAEM Via della Signora 12

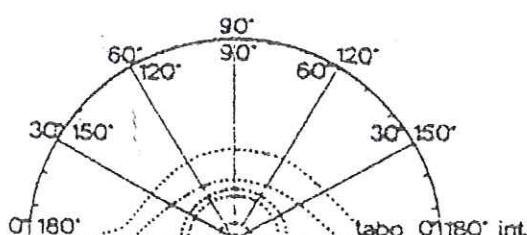
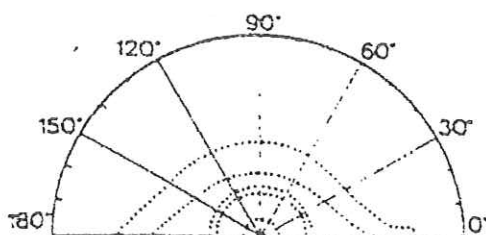
Nome del socio _____

Nome del familiare a cui è riferita la prestazione _____

Fatture (numero e data) _____

Il presente modulo va compilato dal medico oculista o dall'ottico – optometrista (nel caso di difetti semplici di miopia o presbiopia).

Inserire i dati della refrazione nella ricetta sottostante:



Distanza interpupillare vicino mm lontano mm

Occhio destro

	Sfero	Cilindro	Asse
L			
V			
P			

Occhio sinistro

	Sfero	Cilindro	Asse	T/int
L				
V				
P				

A CURA DELL' OTTICO:
indicare la tipologia delle lenti

OCCHIO DESTRO _____

OCCHIO SINISTRO _____

Timbro e firma _____