

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SORGUN MESLEK YÜKSEKOKULU
OPTİSYENLİK PROGRAMI

ÖRNEK KONTAKT LENS REÇETESİ

Hastanın:			
Adı – Soyadı :		Tarih :	
Yaşı :		Son Kullanma Tarihi :	
Adres :		Protokol No :	

KONTAKT LENSİN	SAĞ (R)	SOL (L)
Temel Eğri		
Diyoptri		
Çap		
Torik		
Bifokal		
Renkli		
Lensin Özel Adı		
Kullanım Önerisi		
Göz Hekimi İmza ve Kaşesi		