

Kandidat/in Augenoptiker/in EFZ

Name, Vorname: _____ Kandidaten Nr.: _____

Brillenglasverordnung

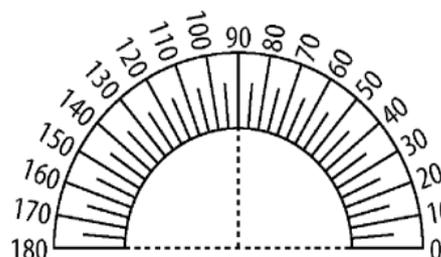
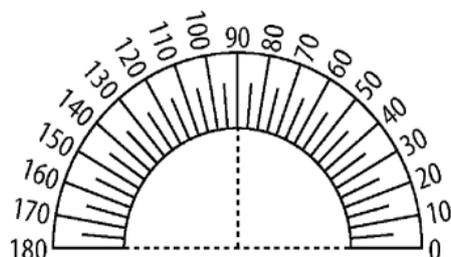
Für:

		Sph	Cyl	Achse	Prisma	Basis	Visus
Ferne:	R						
	L						
Nähe:	R						
	L						

HSA

R:

L:



Bemerkungen:

Datum:

Ausgeführt durch:

.....

.....