

Candidato/a ottico/a AFC

Cognome, Nome: _____ Candidato no.: _____

SCHEDA

Cognome: _____ Nome: _____

Via: _____ Data nascita: _____

CAP, luogo: _____ Contatti: tel p tel l cell. e-mail

Attività/ Professione: _____ → _____

Tempo libero: _____

OCCHIALI PRECEDENTI Lontano Vicino Progressivi _____ Data: _____

Tipo di lenti: _____

	Sfe [dpt]	Cil [dpt]	Asse [°]	Add [dpt]	cm/m	Base	cm/m	Base	DAL [mm]	Visus cc
Destra										
Sinistra										

NUOVA RICETTA Refrazione effettuata da: _____ Data: _____

lontano vicino

	Sfe [dpt]	Cil [dpt]	Asse [°]	Add [dpt]	cm/m	Base	cm/m	Base	DAL [mm]	Visus cc
Destra										
Sinistra										

	DP	Altezza	DAL [mm]	Angolo d'avvolgimento	Angolo pantoscopico	Curva base	Dist. lettura
Destra							
Sinistra							

Prezzo

Montatura: _____

Lenti: _____ D: _____

_____ S: _____

Montaggio: _____

Altro: _____

Totale: _____

Osservazioni: _____
