



**Optical ID SP. z.o.o**  
Przemysłowa 4a | 85-758 Bydgoszcz  
+48 790201186 | info@opticalid.pl  
NIP 5543009019 | KRS 523976740

## BADANIE WZROKU DO DOBORU LUP STOMATOLOGICZNYCH

Prosimy o wypełnienie poniższych danych niezbędnych do prawidłowej produkcji spersonalizowanych lup stomatologicznych.

**Podane wyniki powinny być aktualne na dzień badania - odpowiadając obecnej wadzie wzroku.**

**Prosimy o nie sumowanie wyników dla bliży i dali.**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Wiek pacjenta: .....

Dodatkowe notatki: .....

.....

RX	Sphere	Cylinder	Axis	Prism	Add
OP					
OL					

Data wykonania badania:

Pieczętka i podpis specjalisty:

Numer kontaktowy: