Anexa informatii medicale - Medic oftalmolog

Prin prezenta se adevereste faptul ca domnul / doamna _____, avand CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| este diagnosticat / diagnosticata cu afectiuni de natura oftalmologica care au necesitat recomandarea purtarii ochelarilor de vedere / lentile cu dioptrii :

◯ se afla la prima diagnosticare

◯ poarta ochelari de vedere / lentile cu dioptri din data de _____.

In cazul modificarii de dioptrii va rugam sa precizati :

Dioptrii anterioare : OS_____OD_____Data prescrierii_____

Dioptrii actuale : OS_____OD_____Data prescrierii_____

Data eliberare : **Medic oftalmolog (*semnatura, parafa)***