

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Data __ / __ 20 __

<p>V. OP:.....</p> <p>V. OL:.....</p> <p>SN. OP</p> <p>SN. OL</p> <p>T. OP:.....</p> <p>T. OL:.....</p>

OKO PRAWE:

OP – spojówka gałkowa przekrwiona / biała. Rogówka gładka, lśniąca, przezierna. Komora przednia czysta. Tęczówka niezadrażniona. Soczewka

Dno OP:

.....

.....

OKO LEWE:

OL – spojówka gałkowa przekrwiona / biała. Rogówka gładka, lśniąca, przezierna. Komora przednia czysta. Tęczówka niezadrażniona. Soczewka

Dno OL :

.....

.....

Zabieg wykonano w dniu __ / __ 20 __ podano do komory ciała szklistego oka prawego / lewego (14.79; B83/29) w zn. kroplowym.

EPIKRYZA: letni/nia pacjent/tka został/a przyjęty/ta do Oddziału Okulistycznego celem podania do komory ciała szklistego oka prawego / lewego. Dnia __ / __ 20 __ wykonano zabieg jw.

ZALECENIA:

Sol. Oftaquix 4 x 0 / 7 – 12 – 17 – 22/

Kontrola okulistyczna: dnia __ / __ 20 __

.....
(podpis i pieczęć lekarza)