LORELLA & LÉONARD OPTIC Sàrl
OTTICA | OPTOMETRIA

FORMULARIO DI INVIO
Professionisti della salute e della vista

PROFESSIONISTA REFERENTE

Nome / istituzione | **Professione**

Telefono | **E-mail**

PAZIENTE

Cognome | **Nome**

Data di nascita | **Telefono**

Indirizzo

CAP / Località | **E-mail**

MOTIVO DELL'INVIO / RICHIESTA

Si prega di precisare la richiesta o il quesito clinico a cui desidera che rispondiamo.

ESAMI E PRESTAZIONI RICHIESTI

- ☐ Esame optometrico completo della vista
- ☐ Controllo della salute oculare
- ☐ Visione binoculare / funzioni visive
- ☐ Allenamento visivo (Visual Training)
- ☐ OCT della cornea
- ☐ OCT della retina
- ☐ Topografia corneale
- ☐ Misurazione della pressione intraoculare
- ☐ Secchezza oculare / analisi del film lacrimale
- ☐ Lenti a contatto
- ☐ Cornea irregolare / cheratocono
- ☐ Controllo della miopia
- ☐ Ipovisione / filtri
- ☐ Secondo parere optometrico
- ☐ Esame della vista per la licenza di condurre cat. 1
- ☐ Altro: _____

INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

Anamesi, diagnosi, trattamenti, risultati precedenti o altre informazioni utili.

RISCONTRO AL PROFESSIONISTA REFERENTE

Si prega di indicare la modalità di riscontro desiderata:

☐ Rapporto dettagliato ☐ Breve resoconto dei risultati ☐ Contatto telefonico

Collaborazione e continuità del follow-up
Con il consenso del paziente, trasmettiamo al professionista referente i risultati e le informazioni utili. Il nostro intervento integra la presa in carico già in corso.

TRASMISSIONE DEL FORMULARIO

E-mail: lorellaleonard@optom-hin.ch | **Posta:** Lorella & Léonard OPTIC Sàrl, Rue de la Gare 21, 2502 Bienne