

Karteikarte Fall

Prüfling: Name, Vorname: _____

Rezept-Nr.: _____

Name, Vorname:
Alter:
Art der Brille:

Bestellwerte:									
	sph	cyl	Achse	Add./Deg.	Prisma	Basis	Prisma	Basis	Visus
R									
L									

	PD	y/h	HSA	Vorneigung	FSW
R					
L					

Besteht Anspruch auf Kassenleistung: ja nein

	Preis	
Fassung:	195,- €	
Glasbezeichnung:	rechts	links
Material:		
Preisauflschläge:		
Durchmesser:	XXXXXXXXXX	
Augenglasbestimmung:	18,60 €	
Gesamtpreis:		

Werkstatthinweis:

Unterschrift Prüfling: _____