

Příjmení:  Jméno:  Titul:   
 Povolání:  Záliby, koníčky:  Věk:   
 Email:  @  Mobil:

**Moje oči**

prosím zakroužkujte to, co platí - eventuelně vypište do rámečku

Předchozí oční operace:	ne	ano:	<input type="text"/>
Onemocnění očí:	ne	ano:	<input type="text"/>
Mám (měl jsem):	opary oka	ne	ano <input type="text"/>
	keratokonus	ne	ano <input type="text"/>
	pocit suchého oka	ne	ano <input type="text"/>
	pocit oslnění v noci	ne	ano <input type="text"/>

**Moje brýle a čočky**

prosím zakroužkujte to, co platí

Brýle nosím:	stále	90% času	70% času	50% času	20% času	jen občas	nenosím
Kontaktní čočky:	stále	90% času	70% času	50% času	20% času	jen občas	nenosím

**Já**

prosím zakroužkujte to, co platí - eventuelně vypište do rámečku

Mám alergii:	ne	ano	<input type="text"/>
Užívám léky:	ne	ano	<input type="text"/>
Léčím se pro celkovou nemoc:	ne	ano	<input type="text"/>
Další, co bych rád uvedl:	<input type="text"/>		

**Moje cesta k vynikajícímu zraku**

Poznámky lékaře:

*Předběžné doporučení lékaře na základě dnes provedených vyšetření, uvedených informací a pohovoru*

☺
Zárok doporučuji
☹
Zárok nedoporučuji

Možné zákroky:	konzultováno a diskutováno	doporučeno
LASIK	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NeoLASIK	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NeoLASIK HD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRK	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRK + CCL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ICL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CLE, RLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRELEX	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OCCI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CCL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ICRS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jiné	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Závěrečná poznámka:

