ANNEXE 15*quater*

PRESCRIPTION MEDICALE POUR PROTHESES OCULAIRES

VIGNETTE O.A.

NOM: PRENOM:

DATE DE NAISSANCE :

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[ ]  orbite droite

[ ]  orbite gauche

[ ]  adaptation d’une prothèse oculaire

[ ]  renouvellement d’une prothèse oculaire

[ ]  renouvellement anticipé d’une prothèse oculaire suite à une modification substantielle de l'orbite ou de son contenu

[ ]  adaptation d’une lentille de contact sclérale sans caractère optique

SIGNATURE + DATE

E-mail du prescripteur :

CACHET DU PRESCRIPTEUR

E-mail de l’oculariste:

Remarque de l’oculariste :