



Φόρμα Επεμβατικής Πράξης

Στοιχεία Ασθενή:

Όνοματεπώνυμο:	<input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
Όνομα Πατρός:	
Ηλικία:	
Ιατρός:	
Ημερομηνία Πράξης:	
ΑΜΚΑ:	
Ταμείο:	
Ιδιωτική Ασφάλεια:	
Διεύθυνση / Πόλη:	
Τηλέφωνο:	

Στοιχεία Επεμβατικής Πράξης:

Οφθαλμός:	<input type="checkbox"/> Δεξιός (ΔΟ)
	<input type="checkbox"/> Αριστερός (ΑΟ)
	<input type="checkbox"/> Άμφω (ΔΑΟ)

Τύπος Επέμβασης:	<input type="checkbox"/> Καταρράκτης ή Επέμβαση Φακού
	<input type="checkbox"/> Οπίσθια Υαλοειδεκτομή (Βιτρεκτομή)
	<input type="checkbox"/> Φακοβιτρεκτομή
	<input type="checkbox"/> Γλαυκώματος
	<input type="checkbox"/> Κερατοειδούς ή Προσθίων Ημιμορίων
	<input type="checkbox"/> Βλεφάρων
	<input type="checkbox"/> Δακρυϊκής Συσκευής
	<input type="checkbox"/> Ενδοϋαλοειδική Έγχυση (Ένεση)
	<input type="checkbox"/> Άλλο

Τύπος Laser:	<input type="checkbox"/> YAG	<input type="checkbox"/> SLT	<input type="checkbox"/> ARGON
--------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Σχόλια - Παρατηρήσεις:

Μυδρίαση

--