# ❑ ICL ❑ Toric ICL Kalkulationsformular STAAR SURGICAL AG

Bitte zurückfaxen an: **040 – 55 98 80 83**
DOMILENS GmbH – Holsteiner Chaussee 303 a – 22457 Hamburg

**Operateur** _____ **Praxis/ Klinik** _____

**Adresse** _____

**Fax Nr** _____

**E-mail** _____

**Patientenname** (Name/ Vorname) _____

**Geburtsdatum** (TT/MM/JJJJ) _____

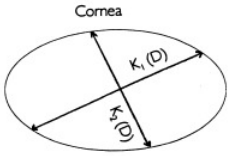
**Betreffendes Auge** ❑ OD ❑ OS

**Geplanter OP Termin** _____

**Refraktion Pre-OP (HSA: 12 mm)**
❑ manifest **+ / -** Sphäre _____ dpt **+ / -** Zylinder _____ dpt Achse _____°
❑ cycloplegisch **+ / -** Sphäre _____ dpt **+ / -** Zylinder _____ dpt Achse _____°

**Sehschärfe Pre-OP**
**Vsc** (unkorrigiert) _____ ❑ Fingerzählen ❑ Handbewegung
**Vcc** (bestkorrigiert) _____

**Keratometrie in Dioptrien**
**K1** _____ Achse _____°
**K2** _____ Achse _____°




**Gewünschte Zielrefraktion post-OP** **+ / -** Sphäre _____ dpt **Bioptics geplant:** ❑ ja ❑ nein

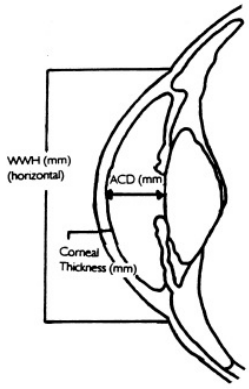
**Vorderkammertiefe** **ACD*** _____ mm gemessen von: ❑ **Endothel (intern)** ❑ **Epithel (extern)**

gemessen mit: ❑ IOL Master (misst immer extern)
❑ Pentacam (int./ext.) ❑ Ultraschall
❑ Orbscan (int./ext.) ❑ _____

**ACHTUNG: *ACD ≥ 2.8 mm - vom Endothel gemessen!**
**Bitte IOL-Master-, Pentacam- oder Orbscan Ausdruck beifügen!**

**Hornhautdicke** **CT** _____ µm gemessen mit: ❑ IOL Master ❑ Pentacam ❑ Orbscan ❑ _____

**Länge „weiß zu weiß“(WtW)** (horizontal) **L** _____ mm gemessen mit: ❑ IOL Master ❑ Orbscan ❑ Zirkel ❑ _____




**Pre-op Augeninnendruck (IOP)** _____ mmHg

**Pupillengröße** _____ mm

**Datum** _____ **Unterschrift des Arztes** _____

Download des Formulars unter www.icl-info.de