



AUGENÄRZTLICHES ZEUGNIS

Personalien	Name, Vorname:	<input type="text"/>		
	Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
	Adresse:	<input type="text"/>		
	PLZ, Ort:	<input type="text"/>		
	Tel.:	<input type="text"/>		
Kontaktperson	Name, Vorname:	<input type="text"/>		
	Tel.:	<input type="text"/>		
Diagnose	OD	<input type="text"/>		
	OS	<input type="text"/>		
Ursache	Krankheit <input type="checkbox"/>	Unfall <input type="checkbox"/>	Geburtsgebrechen <input type="checkbox"/>	
Sehschärfe	Datum der letzten augenärztlichen Untersuchung: <input type="text"/>			
	Vsc: OD	<input type="text"/>		
Ferne	OS	<input type="text"/>		
	Vcc: OD	<input type="text"/>	sph <input type="text"/>	cyl <input type="text"/> A <input type="text"/> ° Δ/B <input type="text"/>
	OS	<input type="text"/>	sph <input type="text"/>	cyl <input type="text"/> A <input type="text"/> ° Δ/B <input type="text"/>
	Vcc: OD	<input type="text"/>	Add <input type="text"/>	
Nähe	OS	<input type="text"/>	Add <input type="text"/>	

