

DIVISION OF PERIOPERATIVE SERVICES
 INTRAOCULAR LENS ORDER FORM
 TEL.# (212) 979-4314
 FAX # (212) 614-8292
IOL CLERK - Art Rosario



Surgery Date: _____

Surgeon: _____

ADM IOL ORDER

Phone #: _____

| Patient | Right or Left | Primary Lens Model | Diopter | Back-up Lens Model | Diopter | Comments |
|---------|---------------|--------------------|--|--------------------|--|----------|
| | | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | |
| | | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | |
| | | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | |
| | | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | |
| | | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | |
| | | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | |
| | | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | |
| | | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> | |

Measurements above check against primary source _____

Date: _____

Physician Signature

Time: _____