

**PRESIDIO OSPEDALIERO OFTALMICO**

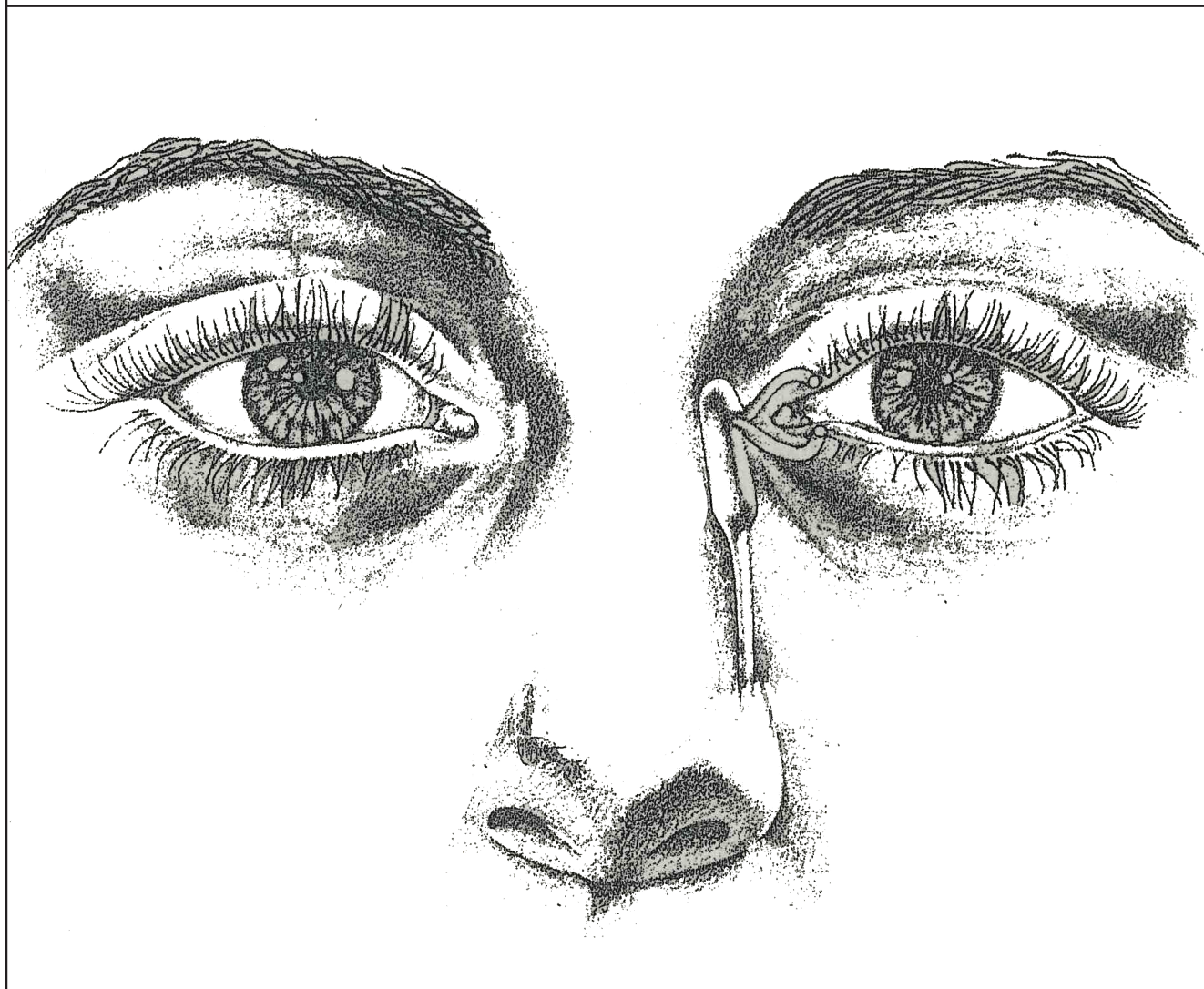
**S.C. OCULISTICA**

**Direttore Dott. Roberto Orsi**

**AMBULATORIO DI OCULOPLASTICA**

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		TEL.	
CODICE FISCALE			
ESENZIONE TICKET			

**ANAMNESI**



[illegible]

[illegible]

[illegible]