

## Sight Enhancement Clinic Requisition

Eye Clinic

7007 - 14th Street S.W.
Calgary, Alberta T2V 1P9
Phone (403) 943-3720
Fax (403) 943-3392

Fax (403) 943-3392

Fax (403) 943-3392

Fax (403) 943-3392

Has patient attended Eye Clinic b	efore?   Yes	□ No		Date of Birth (YYY	Y/MM/DD)	<del></del>	
Name (please use legal first name	)		<u>-</u>	100 600	Sex	☐ Male	☐ Female
Address		9)	No. 2004	<del>- 2 2 2 2 2</del>	<u> </u>		
				3 222			
Alberta Health Care	-						
Telephone		Date of Appoint			Time		
Diagnosis/History/Comments (Do	es the patient have sp	ecific concerns w	should be awar	of?)		-11	
· 100 100 100 100 100 100 100 100 100 10							
		201			220		230
649	9534 1000		37				
500 Mari	107 95					92	
		20 30			ne.	= 105500-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	, (d)						- View
/isual Acuity	OD		_	OS	- TOP 1		
Lefraction	OD			OS		2	1810 20
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				888	<u></u>		***
teferring Ophthalmologist/Optom	etrist						
and a businesses a brown	cu isc						
40 V 23							
olease print)	- · <del></del>	27 550					
signature)		24 <del>0</del>					
renorme)							
1884 © (2002/12)		*			<u> </u>	_ 8	25%