

Name:

ID:

Geb.: **01/07/1974**

Alter: **51**

Unters.-Datum: **15/01/2026**

Geschlecht: **Männlich**

Auge: **Rechts**

Bemerkung:

Sehzentrum Sagolla Augenoptik
Behringsdorfer Straße 1
90571 Schwaig



R

15/01/2026 14:44:58 QI: **8**
Radial 10x10 mm G: 80 kHz

MAKULA | Tomogram

pSLO

