

## Ärztliche Verschreibung: 3D-Sonderanfertigung eines Implantats

### CHIRURG

Vorname:

Nachname:

Krankenhaus:

Stadt:

Land:

### PATIENT

Name\*:

Alter:

\* Die ersten zwei Buchstaben des Nachnamens / die ersten zwei Buchstaben des Vornamens – z. B. MORENO Benjamin : MO BE

Geschlecht:  Männlich  Weiblich

Besonderheiten:

(z. B.: sehr schlank, Gynäkomastie, ...)

### INDIKATION

PECTUS  POLAND  WADEN  Sonstiges:

Besonderheiten:

(z. B.: Revision nach Nuss/Ravitch, tubuläre Brust, starke Asymmetrie, ...)

**Gewünschtes Operationsdatum:**

kein Datum

(Wir empfehlen, den Operationstermin erst nach Erhalt des Liefertermins festzulegen)

*Es wird empfohlen, zusammen mit dem CT-Scan auch Fotos des Patienten an den Kundenservice von AnatomikModeling zu senden. Diese Fotos helfen dabei, die tatsächliche Anatomie des Patienten im Stehen zu berücksichtigen, um ein optimales Design zu erhalten.*

“Ich, der unterzeichnende Arzt Dr. \_\_\_\_\_, versichere und erkläre,  
dass das individuell angefertigte Medizinprodukt gemäß den oben genannten  
technischen Angaben für folgenden Patienten bestimmt ist: \_\_\_\_\_”

Datum der Verschreibung:

Unterschrift

Stempel des Krankenhauses oder der Klinik