

Prescription médicale : implants 3D sur-mesure

CHIRURGIEN

Prénom :

Nom :

Établissement :

Ville :

Pays :

PATIENT

Nom*:

Âge:

* Deux premières lettres du nom/deux premières lettres du prénom - ex : MORENO Benjamin = MO BE

Sexe : Homme Femme

Spécificités :

(Ex: très fin, gynécomastie, ...)

INDICATION

PECTUS POLAND MOLLETS AUTRE :

Spécificités :

(Ex: reprise de Nuss/Ravitch , seins tubéreux, forte asymétrie, ...)

Date de chirurgie souhaitée :

Aucune

(Il est recommandé d'attendre la date de livraison confirmée de l'implant avant de fixer une date opératoire ferme)

*Il est recommandé d'envoyer des **photos du patient** en même temps que le scanner à l'équipe service client d'AnatomikModeling. Ces photos permettront de prendre en compte l'anatomie réelle du patient en position debout afin d'obtenir le meilleur design possible.*

“Je, soussigné(e) Docteur _____, atteste et déclare que le dispositif médical sur mesure qui sera fabriqué selon les indications techniques mentionnées ci-dessus est destiné au patient : _____”

Date de prescription :

Signature

Tampon de l'établissement