

Prescripción Médica : Implante 3D a medida

CIRUJANO

Nombre:

Apellido:

Establecimiento:

Ciudad:

País:

PACIENTE

Nombre*:

Edad:

*Dos primeras letras del apellido/ 2 primeras letras del nombre – ej.: MORENO Benjamin = MO BE

Sexo : Hombre Mujer

Especificidades:

(Ej.: muy delgado, ginecomastia)

INDICACIÓN

PECTUS POLAND GEMELOS OTRO:

Especificidades:

(Ej.: revisión de Nuss/Ravitch, mamas tuberosas, fuerte asimetría...)

Fecha de cirugía deseada:

(Recomendamos no fijar una fecha de cirugía antes de recibir el implante)

Ninguna

Se recomienda enviar fotos del paciente junto con el escáner al equipo de atención al cliente de AnatomikModeling.

Estas fotos permitirán tener en cuenta la anatomía real del paciente en posición de pie para obtener el mejor diseño posible

“Yo, el/la abajo firmante Dr(a) _____, certifico y declaro que el dispositivo médico a medida que será fabricado según las indicaciones técnicas mencionadas arriba está destinado al paciente: _____”

Fecha de prescripción:

Firma

Sello del establecimiento