

Prescrizione Medica: Impianto 3D su misura

CHIRURGO

Nome:

Cognome:

Struttura:

Città:

Paese:

PAZIENTE

Nome*:

Età:

Prime due lettere del cognome / prime due lettere del nome – es.: MORENO Benjamin = MO BE

Sesso : Uomo Donna

Specificità:

(Es.: molto magro, ginecomastia)

INDICAZIONE

PECTUS POLAND POLPACCI ALTRO:

Specificità:

(Es.: revisione Nuss/Ravitch, seno tuberoso, forte asimmetria...)

Data desiderata dell'intervento chirurgico:

Nessuna

(Si consiglia di non fissare una data di intervento prima della ricezione dell'impianto)

Si consiglia di inviare foto del paziente insieme alla TAC al team di assistenza clienti di AnatomikModeling.

Queste foto permetteranno di tenere conto dell'anatomia reale del paziente in posizione eretta per ottenere il miglior design possibile

“Il/La sottoscritto/a Dr./Dott.ssa, _____, certifica e dichiara che il
dispositivo medico su misura che sarà fabbricato secondo le specifiche tecniche sopra
indicate è destinato al paziente: _____”

Data della prescrizione:

Firma

Timbro della struttura