

DUHOVKA / duhovková protéza

Objednávkový formulář

Zašlete náš **objednávkový formulář** podepsaný **pacientem i lékařem**. Přiložte výtisk fotografie oka (pokud máte několik výtisků, ujistěte se, že jste zvolili ten, který se nejvíce shoduje se skutečným okem pacienta).

Objednávkový formulář vyplňuje lékař společně s pacientem, a musí být oběma podepsán. Jen tak mohou nést odpovědnost za barevnou shodu výtisku fotografie pacient i lékař (prosíme, řiďte se našimi POKYNY PRO POŘÍZENÍ A TISK FOTOGRAFIE).

Standardní výrobní lhůta je **4 - 8 týdnů** po obdržení objednávkového formuláře a ověřené fotografie.

Duhovková protéza je dodávána **ve dvou (nebo třech) kusech**, protože jsou ručně vyráběny na míru. Druhý kus je určen pro případy, kdyby nedopatřením došlo ke kontaminaci.

Dr. Schmidt®
Intraocularlinsen

Od (jméno a adresa lékaře)

jméno: _____
adresa: _____

telefon/ fax: _____
email: _____

Prosíme pište velkými tiskacími písmeny

komu

MEDICAL VISION s.r.o.
Štaňkova 39
612 00 Brno, Česká republika
tel.: +420 541 260 018, fax: +420 541 211 777
info@medicalvision.cz www.medicalvision.cz

DUHOVKOVÁ PROTÉZA objednávkový formulář

Tímto předepisuji svým podpisem na konci tohoto objednávkového formuláře Duhovkovou protézu vyrobenou na míru pacientovi:

→ jméno pacienta: _____

→ oko k léčbě: _____

 **PRAVÉ**  **LEVÉ**

→ výběr modelu

☐ **s** polymerovou vláknitou síťovinou k léčbě částečné aniridie pro fixaci stehy

☐ **s** polymerovou vláknitou síťovinou k léčbě plné aniridie vhodná pro sklerální šití (pokud je sulcus ciliaris nedostatečný nebo neexistující)

☐ **bez** polymerové vláknité síťoviny - „Fibre Free“ k léčbě plné aniridie a pro implantaci bez šití (pouze pokud je sulcus ciliaris nepoškozený)

☐ **s** jednou rezervní d. protézou ☐ **se dvěma** rezervními d. protézami

→ barevný vzor: je třeba výtisk fotografie (zvětšenina) jako cílenou barvu k výrobě Duhovkové protézy. Prosíme přiložte fotografie každého oka a označte jedno, které bude sloužit jako barevný vzor k výrobě.

Lékař a pacient schvalují přiložené a označené fotografie jako cílenou barvu / barevný vzor pro výrobu pacientovi na míru vyrobeného implantátu Duhovkové protézy.

Příloha: výtisky fotografie obou očí, jeden výtisk označen jako vzor

datum _____

→ podpis předepisujícího lékaře _____

→ podpis pacienta _____

V 1.3. - 12.01.2012