

Od (jméno a adresa lékaře)



jméno: \_\_\_\_\_  
adresa: \_\_\_\_\_

telefon/ fax: \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_

Prosíme pišete velkými tiskacími písmeny

komu

MEDICAL VISION s.r.o.  
Staňkova 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 barevný vzor 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 Duhovková protéza.

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

\_\_\_\_\_ → \_\_\_\_\_ → \_\_\_\_\_  
datum                      podpis předepisujícího lékaře                      podpis pacienta