

Bieżąca data _____

Dane lekarza zlecającego

Imię i nazwisko lekarza przepisującego _____

Adres lekarza _____

Kod pocztowy _____

Województwo _____

Miejscowość _____

Kraj _____

Dane pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta _____

Ocena złamania/pęknięcia _____

Data przepisania urządzenia EXOGEN _____

Numer seryjny urządzenia EXOGEN _____

(z tyłu urządzenia)

Informacje dodatkowe

- Potwierdzam, że leczyłem wyżej wymienionego pacjenta w związku ze złamaniem, w miejscu którego nie zaobserwowano żadnych widocznych progresywnych oznak gojenia po co najmniej 120 dniach ciągłego stosowania urządzenia EXOGEN. Dokonałem oceny w oparciu o zdjęcia rentgenowskie wykonane przed i po leczeniu pacjenta z wykorzystaniem urządzenia EXOGEN.

Wymagany podpis lekarza zlecającego

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) _____

Podpis _____ Data _____

Prosimy wydrukować i podpisać dokument



Prosimy wypełnić, podpisać i odesłać formularz do:

AQVITOX POLSKA Sp. z o.o.

Ul. Grzybowska 2/29
00-131 Warszawa

www.aqvitox.pl

OBSŁUGA KLIENTA:

Tel. +48 22 364 44 74
Mail: kontakt@aqvitox.com

www.BioventusGlobal.com, www.exogen.com

EXOGEN i logo Bioventus to zarejestrowane znaki towarowe firmy Bioventus LLC.

© 2016 Bioventus LLC SMK-001147 04/16