

Планирование операции имплантации

Клинический план лечения составляет и утверждает только оперирующий хирург и клиника.

Общая информация

ФИО доктора: _____

Контактный телефон: _____

E-mail: _____

Планируется заказ хирургического шаблона Да Нет

Предварительная дата операции _____

Информация о проекте

ФИО пациента: _____

Анатомическая область maxilla mandibulla

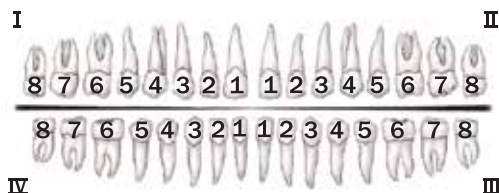
Особые замечания, если КТ сделано в другой организации:

Качество 3D реконструкции зависит от качества КТ. Пожалуйста, убедитесь, что ваш радиолог неукоснительно следует протоколу КТ исследований для выполнения поставленных клинических задач и достижения наилучших результатов.

Данные для планирования

Планируемая ортопедическая конструкция (опишите) _____

Планируемая имплантация
(сделайте обозначение на схеме – i)



Система имплантантов (производитель, тип) _____

Планируемые зубы под удаление № _____

Необходимые хирургические мероприятия (синус-лифт, аугментация, пересадка блоков и др.) – опишите: _____

Я, _____, подтверждаю заказ предоперационного планирования имплантации.
Я подтверждаю, что имею достаточную квалификацию, удовлетворяющую требованиям закона, для выполнения запланированного вмешательства и несу полную медицинскую ответственность.

Подпись _____

Дата __ / _____ / ____

Заполнить в случае необходимости заказа шаблона

Я, _____, подтверждаю план заказа и прошу изготовить хирургический шаблон согласно моему предоперационному хирургическому плану. Я подтверждаю, что имею достаточную квалификацию, удовлетворяющую требованиям закона для выполнения запланированного вмешательства и несу полную медицинскую ответственность за заказ и применение данного шаблона. Я также заявляю, что согласен с ограничением ответственности, указанным ниже.

Подпись _____

Дата __ / _____ / ____

Ограничение ответственности:

ООО «МЕДСЕКТОР» несет ответственность как поставщик продукции. Поскольку этот продукт заказан и используется под контролем покупателя, последний признает свою ответственность на этих условиях.