

PRESCRIZIONE DI DM PERSONALIZZATO 3D PER GBR AD USO ODONTOIATRICO E MAXILLO-FACCIALE

È NECESSARIO CHE IL DOTTORE FORNISCA I SEGUENTI DATI CONSIDERATI DAL MINISTERO DELLA SANITÀ "REQUISITI MINIMI" MA INDISPENSABILI PER LA VALIDITÀ DELLA PRESCRIZIONE

(MITTENTE) FATTURARE A:

(TIMBRO)

MEDICO RESPONSABILE PRESCRIVENTE:

Dr./Dr.sa _____

INDIRIZZO _____ N. _____

CAP E città _____

P.IVA: _ _ _ _ _ ISCR.ALBO _____

PROVINCIA IN CUI SI È ISCRITTI _____

DESTINATARIO: Cemax Biomedical Technologies - Via Trieste, 63/a - 21020 Buguggiate (VA) - P.IVA: 02173470127 - C.F: CRVMSM61L21G337T - Cell. 347-23.51.660 e-mail: info@cemaxbiomedical.it - sito web: www.cemaxbiomedical.it - Resp.: Massimo Cervi - REA: VA - 371531

PER IL PAZIENTE: cognome e nome: Età: Sesso M F
Cod. Fisc.: Cod. identificativo paziente

ANAMNESI: Malattie infettive SI NO Allergie accertate SI NO Handicap Psicomotorio SI NO

Altri dispositivi presenti e loro materiali costitutivi SI NO

Diagnosi e patologia motivanti la richiesta:

Richiedo la realizzazione del seguente dispositivo medico su misura elaborato sulla base dei DICOM dell'esame CT/CBCT esguito in data:

Confermo di esser stato/a informato/a che questi dispositivi sono fabbricati secondo le norme MDR 2017/745 e ISO 13485 che regolano i requisiti del corretto processo di produzione dei dispositivi medici. La presente richiesta, per il dispositivo medico "SpaceProtect", realizzato in titanio di grado medico (Ti6Al4V), è di mia esclusiva responsabilità, in quanto medico richiedente, del dispositivo su misura per il paziente sopra indicato, fabbricato secondo la tecnologia definita da New Ancorvis, ma progettato e realizzato secondo il progetto definitivo da me approvato per ciascuno dei lotti indicati, relativi al paziente cui si fa riferimento nella presente richiesta.

Sono a conoscenza che New Ancorvis non esegue alcuna revisione clinica del progetto e che non si assume alcuna responsabilità per danni temporanei o permanenti causati al paziente, derivanti da errori nella progettazione del dispositivo implantare da me approvato.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 dichiaro di aver ottenuto dal paziente autorizzazione per il trattamento dei dati personali inviati a New Ancorvis allo scopo di realizzare il dispositivo su misura richiesto ed è consapevole che tali dati saranno conservati per 15 anni presso New Ancorvis e Cemax Biomedical, per garantire la rintracciabilità del prodotto, come previsto per legge

Arcata superiore:

SpaceProtect Ti -3

SpaceProtect Ti -5

SpaceProtect Ti -8

Arcata inferiore:

SpaceProtect Ti -3

SpaceProtect Ti -5

SpaceProtect Ti 8

IMMAGINE

IMMAGINE

IMMAGINE



IMMAGINE

Data,

In fede