

Anforderung 3D Versorgungsvorschlag



– Bitte füllen Sie das Formular vollständig und gut lesbar aus. –

Individuelle Pfanne oder Beckenteilersatz

Individuelle CTX Hüftprothese

Andere Sonderanfertigung

1 Klinikdaten	
Klinik	<input type="text"/>
Kundennummer	<input type="text"/>
Operateur	<input type="text"/>
Koordination durch	<input type="text"/>
Mail zur Koordination	<input type="text"/>

Klinikstempel

2 Patientendaten			
Name, Vorname	<input type="text"/>		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum <input type="text"/>
Bein-/ Beckenseite	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	Gewicht <input type="text"/> kg
OP-Termin geplant am	<input type="text"/>		

3 Hinweise zu Diagnostik und Konstruktion

3.1 Individuelle Pfanne oder Beckenteilersatz

<input type="checkbox"/> Primärimplantat	<input type="checkbox"/> Revision	<input type="checkbox"/> Tumor, Art:
Defektklassifikation nach Paprosky: <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIc <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> >IIIb		
<input type="checkbox"/> Metallische Defektauffüllung		<input type="checkbox"/> Spongiosaplastik
Zugang/Operatives Vorgehen (z.B. geplante Femurversorgung):		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
Weitere Hinweise:		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

3.2 Individuelle CTX Hüftprothese

<input type="checkbox"/> Primäre Coxarthrose	<input type="checkbox"/> Hüftkopfnekrose	<input type="checkbox"/> Hüftkopf Epiphysenlösung
<input type="checkbox"/> Postinfekt	<input type="checkbox"/> Dysplasie/Luxation	<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis
<input type="checkbox"/> Z.n. Umstellung/Femurfraktur	<input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren):	
<input type="checkbox"/> Antetorsion korrigieren:	<input type="checkbox"/> nach dorsal °	<input type="checkbox"/> nach ventral °
<input type="checkbox"/> Beinlänge korrigieren:	<input type="checkbox"/> Verlängerung cm	<input type="checkbox"/> Verkürzung cm
<input type="checkbox"/> Offset korrigieren:	<input type="checkbox"/> Medialisierung cm	<input type="checkbox"/> Lateralisierung cm
<input type="checkbox"/> Hohe Dysplasie:	<input type="checkbox"/> Fixateurverlängerung	<input type="checkbox"/> Verkürzungsosteotomie
Weitere Hinweise:		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

3.3 Andere Sonderanfertigungen

Zu planende Versorgung

<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/> Acetabulum	<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Schulter
--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

<input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> andere Gelenke (bitte spezifizieren):	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule
---------------------------------------	--	--------------------------------------

Beschichtung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verankerung: <input type="checkbox"/> zementiert <input type="checkbox"/> zementfrei
---	--

Detaillierte Beschreibung/Funktion der Sonderanfertigung:

Klinischer Nutzen:

Wichtiger Hinweis: Aus regulatorischen Gründen sind wir verpflichtet, Sie um eine kurze und präzise Erläuterung des klinischen Nutzens der gewünschten Sonderanfertigung zu bitten, welcher im vorliegenden Fall durch den Einsatz eines zugelassenen Standardproduktes nicht erzielt werden kann. Gleichzeitig bitten wir um Ihr Verständnis, dass diese Erläuterung eine obligatorische Voraussetzung für die von Ihnen angefragte Planung einer 3D-Versorgung ist. Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Zugang/Operatives Vorgehen:

Instrumentarium:

Anforderung 3D Versorgungsvorschlag



4 Anlagen

*Wichtiger Hinweis: Bitte beachten Sie das die Daten **nicht älter als 3 Monate** sein sollten und für die Anfertigung von CT Daten die **AQI Richtlinie zur Anfertigung von CT-Aufnahmen der AQ Solutions GmbH** beachten werden muss.*

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beckenübersicht | <input type="checkbox"/> Röntgenaufnahmen | <input type="checkbox"/> CT-Aufnahmen |
| <input type="checkbox"/> OP-Dokumentation | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren): | |

5 Bestätigung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner obigen Angaben.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift koordinierender Arzt

AQ Solutions GmbH
Eupener Str. 59
D-50933 Köln

T: +49 (0)221-22 21 44 00
F: +49 (0)221-22 21 44 09
customerservice@aq-solutions.de

Anforderung CT Aufnahmen
optionaler Anhang zu Anforderung 3D Versorgungsvorschlag



Bitte der normalen Überweisung beifügen.

1 Auszufüllen vom überweisenden Arzt			
1.1 Patientendaten			
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Versorgung	<input type="checkbox"/> CTX Prothese <input type="checkbox"/> Beckenteilersatz <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren):		
Bein-/ Beckenseite	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
1.2 Radiologie			
Adresse			
Zuständiger Radiologe			
Telefon		E-Mail	
1.3 Weitere Hinweise			
<hr/> <hr/> <hr/>			
2 Auszufüllen von der Radiologie			
Bitte beachten Sie die Unterschiede zwischen den Prothesentypen für den CT Scan!			
2.1 CT-relevante Daten			
Ansprechpartner/ MTRA		Telefon	
CT Hersteller		Gerätetyp	
Bilddaten gespeichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum (bitte spezifizieren):		
Bemerkungen	<hr/> <hr/>		
2.2 Bestätigung			
Wir versichern, die CT-Aufnahmen nach den Spezifikationen der Firma AQ Solutions GmbH angefertigt zu haben. Die CT-Daten liegen auf CD bzw. DVD gebrannt bei.			
<hr/> Ort, Datum		<hr/> Stempel, Unterschrift	