

# 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	
Kundennummer	
Operateur	
Koordination durch	
Mail zur Koordination	

Klinikstempel

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

kg

## 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:     IIa     IIb     IIc     IIIa     IIIb     >IIIb

<input type="checkbox"/> Metallische Defektauffüllung	<input type="checkbox"/> Spongiosaplastik
---	---

Zugang/Operatives Vorgehen (z.B. geplante Femurversorgung):

---



---



---



---

Weitere Hinweise:

---



---



---



---

### 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:

---



---



---



---



---

## 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.*

Beckenübersicht

Röntgenaufnahmen

CT-Aufnahmen

OP-Dokumentation

Andere (bitte spezifizieren):

## 5 Bestätigung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner obigen Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift koordinierender Arzt

AQ Solutions GmbH  
An der Hasenkaule 10  
D-50354 Hürth

T: +49 (0)2233 46096 60  
F: +49 (0)2233 46096 99  
[customerservice@aq-solutions.de](mailto:customerservice@aq-solutions.de)

**Anforderung CT Aufnahmen**  
**optionaler Anhang zu Anforderung 3D Versorgungsvorschlag**



Bitte der normalen Überweisung beifügen.

<b>1 Auszufüllen vom überweisenden Arzt</b>			
<b>1.1 Patientendaten</b>			
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		
<b>1.2 Radiologie</b>			
Adresse			
Zuständiger Radiologe			
Telefon		E-Mail	
<b>1.3 Weitere Hinweise</b>			
<hr/> <hr/> <hr/>			
<b>2 Auszufüllen von der Radiologie</b>			
<b>Bitte beachten Sie die Unterschiede zwischen den Prothesentypen für den CT Scan!</b>			
<b>2.1 CT-relevante Daten</b>			
Ansprechpartner/ MTRA		Telefon	
CT Hersteller		Gerätetyp	
Bilddaten gespeichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum (bitte spezifizieren):		
Bemerkungen	<hr/> <hr/>		
<b>2.2 Bestätigung</b>			
<p>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.</p>			
<hr/> Ort, Datum		<hr/> Stempel, Unterschrift	