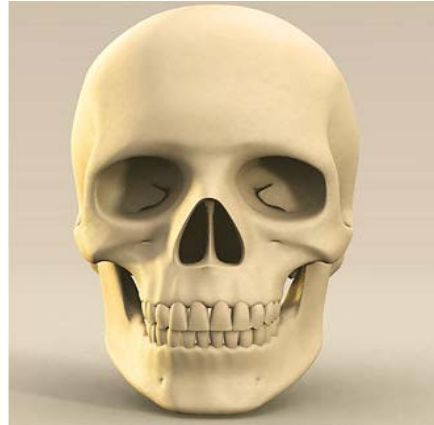




DEMANDE DE DISPOSITIF MEDICAL SUR MESURE PRESCRIPTION

VEUILLEZ INDIQUER SUR CES IMAGES LA ZONE A TRAITER



TRAVAIL A EFFECTUER

- Modèle anatomique :
 - Polyamide (fusion laser) Résine (stéréolithographie)
- Guide chirurgical
- Distracteur
 - Interne (DIOS) Externe (DEOS)
- Dispositif medical implantable (D.M.I) :

AUTRES PRECISIONS : _____

DATE DE LA PRESCRIPTION : _____

NOM DU (DES) CHIRURGIEN (S) : _____

QUALITE DU CHIRURGIEN PRESCRIPTEUR : _____

ETABLISSEMENT DE SOINS : _____

NOM DU PATIENT / N° DE DOSSIER : _____

DATE PREVUE DE LA CHIRURGIE : _____

LIVRAISON SOUHAITEE : Etablissement de soins
 Autre, précisez

Nom : _____

Adresse : _____

CP, Ville : _____

Tél. : _____

ADRESSE DE FACTURATION : Etablissement de soins
 Autre, précisez

Nom : _____

Adresse : _____

CP, Ville : _____

Tél. : _____

Je soussigné (Nom, prénom) : _____

assure et déclare que le dispositif médical sur mesure réalisé par la société OBL suivant les données ci-jointes, est destiné à l'usage unique du patient.

Date, cachet de l'établissement et signature : _____ / _____ / _____

A RETOURNER PAR FAX AU 01 46 54 14 04, EMAIL A oblparis@oblparis.com OU PAR COURRIER A OBL – 70/86 AVENUE DE LA REPUBLIQUE - 92320 CHATILLON



CUSTOM MADE MEDICALE DEVICE ORDER PRESCRIPTION

PLEASE INDICATE THE AREA TO BE RECONSTRUCTED ON THE IMAGE BELOW



PRESCRIPTION INTENDED FOR :

Anatomical model:
 Laser sintering Stereolithography

Surgical Guide

Patient-specific Distractor
 Intra-oral (DIOS) External (DEOS)

Custom made implantable device:

OTHER REMARKS : _____

PRESCRIPTION DATE: _____

SURGEON(S) NAME(S): _____

QUALIFICATION(S) OF THE PRESCRIBER: _____

HEALTHCARE CENTER: _____

PATIENT NAME OR ID: _____

PLANNED SURGERY DATE: _____

DELIVERY ADDRESS: Healthcare institute
 Other, please specify: _____

Name: _____

Address: _____

Zip: _____ City: _____

Country: _____

Tel.: _____

INVOICE ADDRESS: Healthcare institute
 Other, please specify: _____

Name: _____

Address: _____

Zip: _____ City: _____

Country: _____

Tel.: _____

I, _____ (first name, last name, qualifications of the signatory),

hereby declare that the custom made medical device manufactured by OBL based on the supplied data, is intended to be used uniquely for the patient mentioned above.

Date and signature : _____

PLEASE RETURN BY FAX : +33 (0)1 46 54 14 04 OR EMAIL TO oblparis@oblparis.com or by mail : OBL – 70/86 AVENUE DE LA REPUBLIQUE - 92320 CHATILLON - FRANCE