

## Ay Tasarım AMSJI: Tasarım Bilgi Formu ve Reçetesi

### A. Sorumlu Hekimin Bilgileri

Dr Adı Soyadı.

Hastan/Klinik:

E-posta:

### B. Hastanın Bilgileri

Hasta Adı Soyadı :

Operasyon Tarihi:

Değişken

Belirlenmiş Tarih:

### C. AMSJI Seçenekleri

Üst/Alt Çene

Üst Çene

Alt Çene

Üst Yapı

Hibrit köprü

Dobler Bar

Fiksasyon tipi

Hazır Tip

Set ihtiyacı

Evet

Hayır

Steril

Evet

Hayır

Alerjik test diski gerekli

Evet

Hayır

Eğitim modeli isteniyor

Evet

Hayır

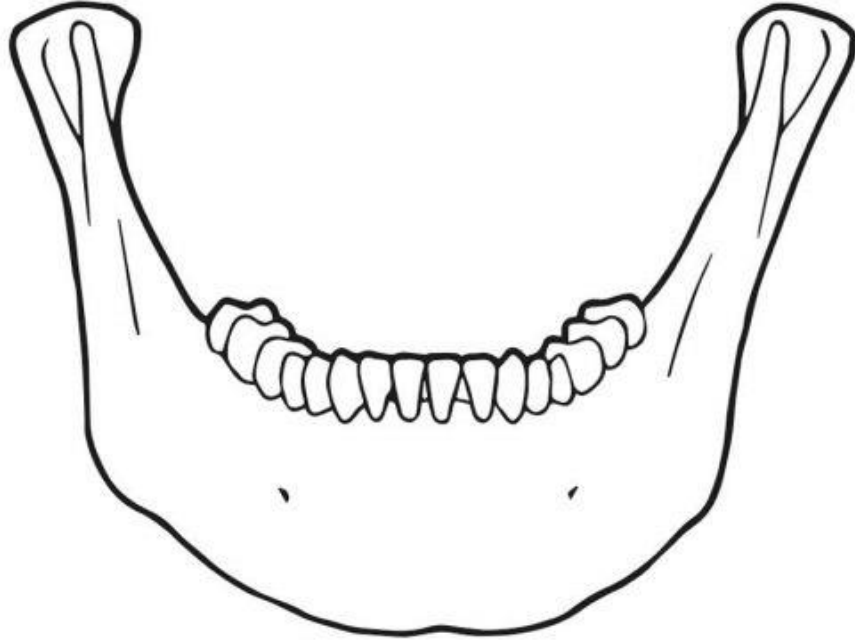
Tasarım onayı için 3D model gerekli

Evet

Hayır

#### D. Çizim

Lütfen isteklerinizi ve işaretlemelerinizi model üzerinde gösteriniz:



Lütfen tasarım onayından itibaren 5 haftalık hazırlık zamanını göz önünde bulundurunuz. Firmamız DICOM verilerini aldıktan sonra 3 iş günü içerisinde taslak teklif sunacaktır.

Bu doküman aynı zamanda hastaya özel hazırlanan implant için reçete olarak kullanılabilir.

Onaylayan:

İsim:

Tarih:

İmza: