

Bieżąca data \_\_\_\_\_

#### Dane lekarza zlecającego

Imię i nazwisko lekarza przepisującego \_\_\_\_\_

Adres lekarza \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Województwo \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

Kraj \_\_\_\_\_

#### Dane pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

Ocena złamania/pęknięcia \_\_\_\_\_

Data przepisania urządzenia EXOGEN \_\_\_\_\_

Numer seryjny urządzenia EXOGEN \_\_\_\_\_

(z tyłu urządzenia)

#### Informacje dodatkowe

Potwierdzam, że leczyłem wyżej wymienionego pacjenta w związku ze złamaniem, w miejscu którego nie zaobserwowano żadnych widocznych progresywnych oznak gojenia po co najmniej 120 dniach ciągłego stosowania urządzenia EXOGEN. Dokonałem oceny w oparciu o zdjęcia rentgenowskie wykonane przed i po leczeniu pacjenta z wykorzystaniem urządzenia EXOGEN.

#### Wymagany podpis lekarza zlecającego

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

*Prosimy wydrukować i podpisać dokument*



Prosimy wypełnić, podpisać i odesłać formularz do:

**Bioventus Coöperatief U.A.**  
Taurusavenue 31  
2132 LS Hoofddorp  
Niderlandy

**Customer Care**  
T: 00800 3111 376 (bezpłatny)  
E: [customer-care-international@bioventusglobal.com](mailto:customer-care-international@bioventusglobal.com)

[www.BioventusGlobal.com](http://www.BioventusGlobal.com)  
[www.exogen.com](http://www.exogen.com)

EXOGEN i logo Bioventus to zarejestrowane znaki towarowe firmy Bioventus LLC.  
© 2016 Bioventus LLC SMK-001147 04/16