

Heutiges Datum \_\_\_\_\_

Name des verordnenden Arztes \_\_\_\_\_

Anschrift des Arztes \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Provinz / Region \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Name des Patienten \_\_\_\_\_

Bruchdiagnose \_\_\_\_\_

Datum der EXOGEN-Verordnung \_\_\_\_\_

EXOGEN-Seriennummer \_\_\_\_\_  
(Rückseite des Produkts)

#### Zusatzangaben

- Röntgen/CT Aufnahmen von vor und nach der Behandlung
- Foto der Kalenderanzeige nach der letzten Behandlung (optional)

Ich bestätige, dass ich den vorstehend genannten Patienten an einer Frakturstelle ohne sichtbare Anzeichen eines Heilungsfortschrittes behandelt habe (Fortschreiten zur knöcherner Durchbauung, z.B.: keine Kallusbildung). Ich habe diesem Patienten das EXOGEN Ultraschall-Knochenheilungssystem verordnet und bestätige, dass bei Messung im Rahmen einer schriftlichen Beurteilung von Röntgenaufnahmen, die vor der Abstimmung der EXOGEN-Ultraschalltherapie auf den Patienten aufgenommen worden sind, und mindestens 120 Tage (oder länger) vor der ersten Anwendung kein Fortschreiten zu knöcherner Durchbauung der Fraktur vorlag.

### Muss vom verordnenden Arzt unterschrieben werden

In Druckschrift \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

*Dokument bitte in Druckschrift ausfüllen und unterschreiben*

Bitte dieses Formular vervollständigen, unterschreiben und zurücksenden an:

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

**Customer Care**  
T: 0800-1833735 (gebührenfrei)  
F: 032-221094056  
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 und das Bioventus-Logo sind eingetragene Marken von Bioventus LLC.  
© 2016 Bioventus LLC SMK-001248 08/15

