

Die Hauptproduktmarke "Aesculap" ist eine eingetragene Marke der B. Braun  
Messungen AG oder ihrer Tochtergesellschaften. Technische Änderungen  
vorbehalten. Dieser Prospekt darf ausschließlich zur Information über unsere  
Erzeugnisse verwendet werden. Nachdruck, auch auszugsweise, verboten.

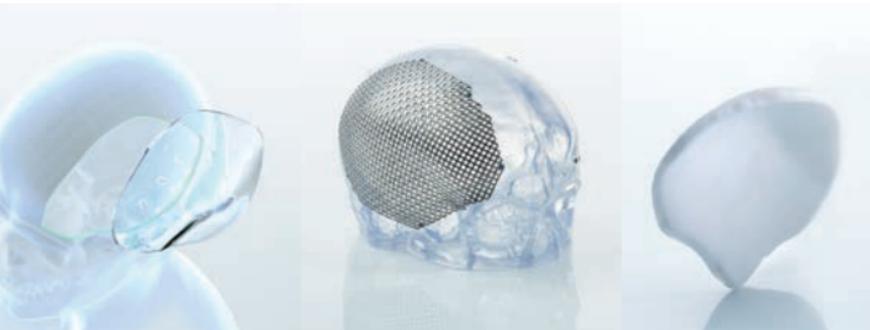
B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG | Tel.: (0 56 61) 9147-70 00 | E-Mail: [info.de@bbraun.com](mailto:info.de@bbraun.com)  
Betriebsstätte: Tuttlingen | Am Aesculap-Platz | 78532 Tuttlingen | [www.bbraun.de](http://www.bbraun.de)

Bevollmächtigter Repräsentant (EC REP):  
Emergo Europe | Prinsessegracht 20 | 2514 AP The Hague | Niederlande

Anatomics Pty Ltd | Warehouse 1 | 246 East Boundary Road | Bentleigh East VIC 3165 | Australia  
Tel. +613 9529-8088 | Fax +613 9529-8099 | [www.anatomics.com](http://www.anatomics.com)  
Hergestellt von:



**BIBRAUN**  
SHARING EXPERTISE



## PATIENTENAUSWEIS

PATIENTENSPEZIFISCHE SCHÄDELIMPLANTATE

## VORGEDRUCKTES ETIKETT 1

Artikelnummer

Chargennummer

--	--

## VORGEDRUCKTES ETIKETT 2

Artikelnummer

Chargennummer

--	--

## VORGEDRUCKTES ETIKETT 3

Artikelnummer

Chargennummer

--	--

## NOTIZEN


# ANGABEN ZUM IMPLANTAT

Das patientenspezifische Implantat besteht aus:

- Acryl
- Titan
- StarPore Poröses Polyethylen

## MRT- Kompatibilität von Titanimplantaten:

Bei MRT-Untersuchungen mit 1,5 und 3,0 Tesla ergibt sich für den Implantatträger kein zusätzliches Risiko durch magnetisch induzierte Kräfte.

## MRT- Kompatibilität von Acryl und StarPore-Implantaten:

Bei MRT-Untersuchungen ergibt sich für den Implantatträger kein zusätzliches Risiko durch magnetisch induzierte Kräfte.

Das patientenspezifische Implantat wurde zusätzlich mit folgenden Implantaten fixiert:

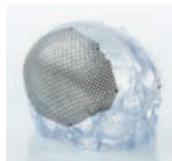
Produktname: \_\_\_\_\_

 Hersteller: \_\_\_\_\_

Artikel- und  
Chargen-Nr.: \_\_\_\_\_



Acrylimplantat



Titanimplantat



StarPore-Implantat



## PATIENTENDATEN

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geschlecht

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Stadt



## KRANKENHAUSDATEN

\_\_\_\_\_  
Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Telefon der Klinik

\_\_\_\_\_  
Name des Operateurs

 # \_\_\_\_\_  
Dokumentationsnummer der Patientenakte

 \_\_\_\_\_  
Datum des chirurgischen Eingriffes