

Absender (Name und Adresse Augenarzt)

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
  
Telefon/Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Bitte leserlich in Großbuchstaben ausfüllen!

an

Dr. Schmidt Intraocularlinsen GmbH  
Westerwaldstr. 11-13  
53757 Sankt Augustin

Fax: +49 (0) 2241 - 25 787-88

# Bestellformular ArtificialIris



Mit meiner Unterschrift im unteren Bereich dieses Formulars bestelle ich ein individuell angefertigtes Irisimplantat für folgenden Patienten:

→ Name des Patienten: \_\_\_\_\_

→ Betreffendes Auge:



→ Auswahl des Implantatmodells:

- mit** Gewebe zur Nahtfixation bei **partieller Aniridie**
- mit** Gewebe bei **vollständiger Aniridie und notwendiger skleraler Nahtfixation** (kein/unzureichender Sulcus Ciliaris vorhanden)
- ohne** Gewebe – Fibre Free – für die Behandlung vollständiger Aniridie **ohne Nahtfixation** im Sulcus Ciliaris (nur bei vorhandenem Sulcus Ciliaris möglich)

→  mit (1) Standby                       mit (2) Standbys

→ **Farbvorlage:** Zur Herstellung der ArtificialIris wird ein Fotoabzug als Bildvorlage benötigt. Bitte reichen Sie je einen Fotoabzug von beiden Augen ein und markieren Sie das Bild, welches als Farbvorgabe dienen soll.



Arzt und Patient bestätigen, dass das beigefügte markierte Bild dem gewünschten farblichen Aussehen der individuell anzufertigenden ArtificialIris entspricht.

**Anhang:** Fotoabzüge von beiden Augen, ein Abzug markiert

\_\_\_\_\_ → \_\_\_\_\_ → \_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift des Arztes                      Unterschrift des Patienten  
(erforderlich)                      (optional)