

Bitte beachten Sie, dass die Verwendung eines patientenspezifischen Silikonstents nur dann angezeigt ist, wenn ein Stent aus dem Standard-Stent-Portfolio von Novatech nicht für den Einsatz geeignet ist. Dies ist durch den behandelnden Arzt bei der Verordnung eines individualisierten Stents explizit zu berücksichtigen.

Verordnung durch / Abt.:	Für Patient: bitte ausschließlich Acronym oder Patienten-ID!
Klinikname:	Unterschrift Arzt:
Email-Adresse:	

Indikation für die Anwendung:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Bösartige Veränderungen der proximalen Atemwege
<input type="radio"/> Stenosen der Anastomosen nach Lungentransplantation
<input type="radio"/> Tracheale Stenosen (idiopathische, post-Intubation, post-Tracheotomie) | <input type="radio"/> Lokalisierte Tracheobronchiomalazie
<input type="radio"/> Tracheoösophageale Fisteln
<input type="radio"/> andere: <i>bitte angeben</i> |
|--|---|

Anforderungsspezifikationen

Bitte skizzieren Sie die gewünschte Lage und ungefähre Ausdehnung des Silikonstents in die Schablone ein (falls bekannt mit ungefähren Maßen / Längen)

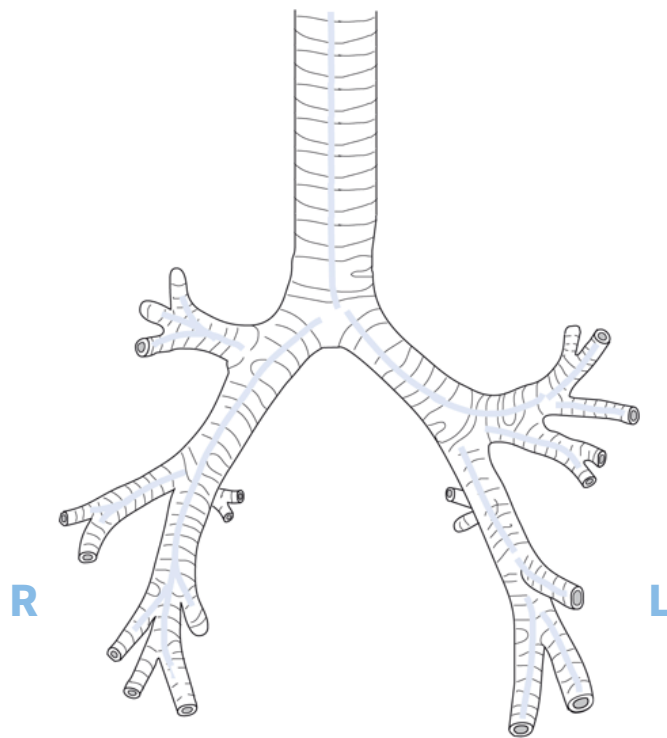
Fluoroskopische Sichtbarkeit erforderlich?

- Ja Nein

Unsteriles Testmuster¹ (Dummy) zur Simulation der Implantation erforderlich?:

- Ja Nein

¹ - Preis auf Nachfrage



Beschreibung / Hinweise:

Bitte geben Sie an, auf welche Aspekte wir beim Design des Stents besonderen Augenmerk legen sollen. Welche Probleme ergaben sich bei eventuellen vorherigen Stentimplantationen. Sehen Sie besondere Risiken

Beispiele:

- Maßliche/Dimensionale Wünsche/ Anforderungen
- besondere Anforderungen an die Aufstellkraft des Stents in Bereich/ Segment x, y
- Stentmigration
- Bildung von Granulationsgewebe
- Weitere Hinweise
