

# Verordnung einer Sonderanfertigung (ad FB 07.5.1-08-01 Rev.5.0)

**Hersteller:** Dr. Arabin GmbH & Co. KG

Adresse: Alfred-Herrhausen-Str. 44  
58455 Witten/Germany

Tel.:

+49 (0) 2302-189214

E-Mail.:

info@dr-arabin.de

**Hiermit verordne ich eine Sonderanfertigung bei der Dr., Arabin GmbH & Co KG**

**Produktbeschreibung:**

\_\_\_\_\_

**Grund für die Sonderanfertigung:**

\_\_\_\_\_

**Kassenübernahme auf Rezept?**

\_\_\_\_\_

**Datum:**

\_\_\_\_\_

**Patient/Anwender:**

Name:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Pat.-ID / Akronym:

\_\_\_\_\_

**Verordnende Person (Arzt):**

Name

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Praxis / Krankenhaus:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Angaben zum verordneten Produkt:**

Ähnlichkeit mit früheren Modellen (z.B.

Hodge Pessar / Hybrid Pessar/Ringpessar):

Produktabmessungen:

Maximale Länge

(mm):

Maximale Breite (mm):

Durchmesser

(mm)

Maximale Dicke (mm)

Festigkeit:

Weich (<50Shore A)

Hart (> 50 Shore A)

Hiermit verpflichte ich mich zu einer Nachuntersuchung der Patientin anhand des beigefügten Evaluationsformulars nach.....Wochen. Diesen klinischen Bericht schicke ich an info@dr-arabin.de

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Datum

Arzt, ggf. Stempel



- 1. Zusammenfassung**
- 2. Bandbreite und Gültigkeitsbereich**
- 3. Klinischer Hintergrund**
- 4. Muster unter Beobachtung (Sonderanfertigung)**
- 5. Schlussfolgerung mit klaren Statements**
  
- 6. Datum der nächsten klinischen Evaluation**
- 7. Datum und Unterschrift**
- 8. Qualifikation des Anfragers**
- 9. Ggf. Literatur**