

ARTIFICIAL *IRIS* SELECT

BESTELLFORMULAR

ABSENDER

Name Arzt: _____

Klinikanschrift: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: _____

AN

HumanOptics Holding AG

Spardorfer Str. 150

91054 Erlangen

Deutschland

Bestellung einer ARTIFICIAL *IRIS* der Farbkategorie SELECT - Schritt für Schritt.
Bitte tragen Sie Ihre Zertifikatsnummer des OCC ein, wählen Sie das erforderliche Modell und die gewünschte Farbe für Ihren individuellen Patientenfall.

Patienten ID: _____ Rechtes Auge Linkes Auge
(optional)

Schritt 1

Persönliche Zertifikatsnummer: _____

Ihre persönliche Zertifikatsnummer erhalten Sie nach Abschluss des Online Certification Course.

Schritt 2

Modellauswahl: Bitte wählen Sie **eine** Modelloption aus.

ARTIFICIAL *IRIS* with Fiber ARTIFICIAL *IRIS* Fiber Free

Schritt 3

Farbauswahl*: Bitte wählen Sie **einen** mehrfarbigen SELECT Farbcode aus.

Select Light Blue Select Light Brown Select Light Green
 Select Medium Blue Select Medium Brown Select Medium Green
 Select Dark Blue Select Dark Brown Select Dark Green

*Bitte verwenden Sie für die Farbauswahl nur den HumanOptics Color Chart SELECT ab Version V2.0/2023-07

Standby Auswahl: ein Standby Implantat Es wird kein Standby Implantat benötigt

Bitte schicken Sie uns die Standby Implantate direkt nach erfolgter Operation zurück oder melden Sie uns deren Verbleib, da Ihnen diese ohne Rückmeldung automatisch nach 3 Monaten zum Preis des Primärimplantats in Rechnung gestellt werden.

Trepanauswahl: 9,0 (__Stk.) 9,5 (__Stk.) 10,0 (__Stk.) 10,5 (__Stk.)
(Durchmesser in mm) 11,0 (__Stk.) 11,5 (__Stk.) 12,0 (__Stk.) 12,5 (__Stk.)

Trepäne können zusammen mit der ARTIFICIAL *IRIS* oder auch jederzeit einzeln bestellt werden. Bitte beachten Sie, dass Trepane separat berechnet werden.

Bei Fragen zur Applikation, zum Bestellablauf oder zur Bildauswahl wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Mitarbeiter aus unserem Außendienstteam oder unseren Kundenservice.

Der Arzt versichert, die ARTIFICIAL *IRIS* nicht bei phaken Augen aus kosmetischen Gründen zu implantieren.

Datum

Unterschrift Arzt (obligatorisch)

Unterschrift Patient (optional)