

**FAX**

**ICX-Magellan Haftungsfreistellungsformular**

Zurück per Fax an die Firma medentis medical GmbH **02641 -9110-420**

Absender:

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_, dass ich mit der ICX-Magellan Software alle Implantate für die Behandlung meines Patienten/meiner Patientin, \_\_\_\_\_ geplant und geprüft habe.

Ich habe die gesamte chirurgische Planung durchgeführt bzw. überprüft und den CT/DVT basierten Behandlungsplan genehmigt, der zur Herstellung des Modells und der CT/DVT Bohrschablone verwendet wird. Diese werden dann zur Durchführung der geführten Chirurgie beim Patienten mit dem ICX Magellan Navigationssystem („ICX-Magellan-Guide“) genutzt, das Sie sicher durch ihre Implantation führt. Sollte eine der empfohlenen Führungshülsen den geltenden Regeln der Implantatchirurgie widersprechen, so gilt immer meine eigene Verantwortung.

Ich habe die Implantatpositionen persönlich festgelegt bzw. überprüft und genehmigt und gebe den vorgeschlagenen Behandlungsverlauf für diesen Patienten/diese Patientin hiermit frei. Daher kann ich medentis medical und seine Berater, Vertragspartner und dessen Mitarbeiter nicht für das Endergebnis des chirurgischen Falls haftbar machen.

Ich erkläre hiermit, dass ich über die gesetzlich vorgeschriebenen Qualifikationen verfüge, um die geplante Behandlung durchzuführen. Ich übernehme die volle medizinische Verantwortung für die Planung und Anwendung des Modells und der CT/DVT Bohrschablone.

Es wird gemäß der letzten genehmigten Planung des Falls mit den folgenden Details produziert:

Projekt: \_\_\_\_\_

Zuletzt geändert: \_\_\_\_\_

Alle Änderungen, die ich nach der Genehmigung dieses Projekts vornehmen möchte, können zusätzliche Gebühren und Verzögerungen verursachen.

Als Chirurg behalte ich die alleinige Verantwortung für die Sicherheit der geplanten Implantation durch ICX Magellan. Durch meine Unterschrift, erkenne, bestätige, und genehmige ich den Behandlungsplan wie im gesendeten Projekt beschrieben und erlaube die Nutzung der Patientenbehandlungsdaten für den alleinigen Zweck zur Herstellung des Modells und der CT/DVT Bohrschablone.

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift; Stempel**

**medentis**  
medical