



THUASNE

DEROTAFLEX



DISPOSITIF DÉROTATEUR

COMMANDE *(par défaut)* **DEVIS** **RENOUVELLEMENT**

Client
code

Dossier n°
renouvellement

1^{er} traitement

Date : Quantité :

Nom du patient :

Prénom du patient :

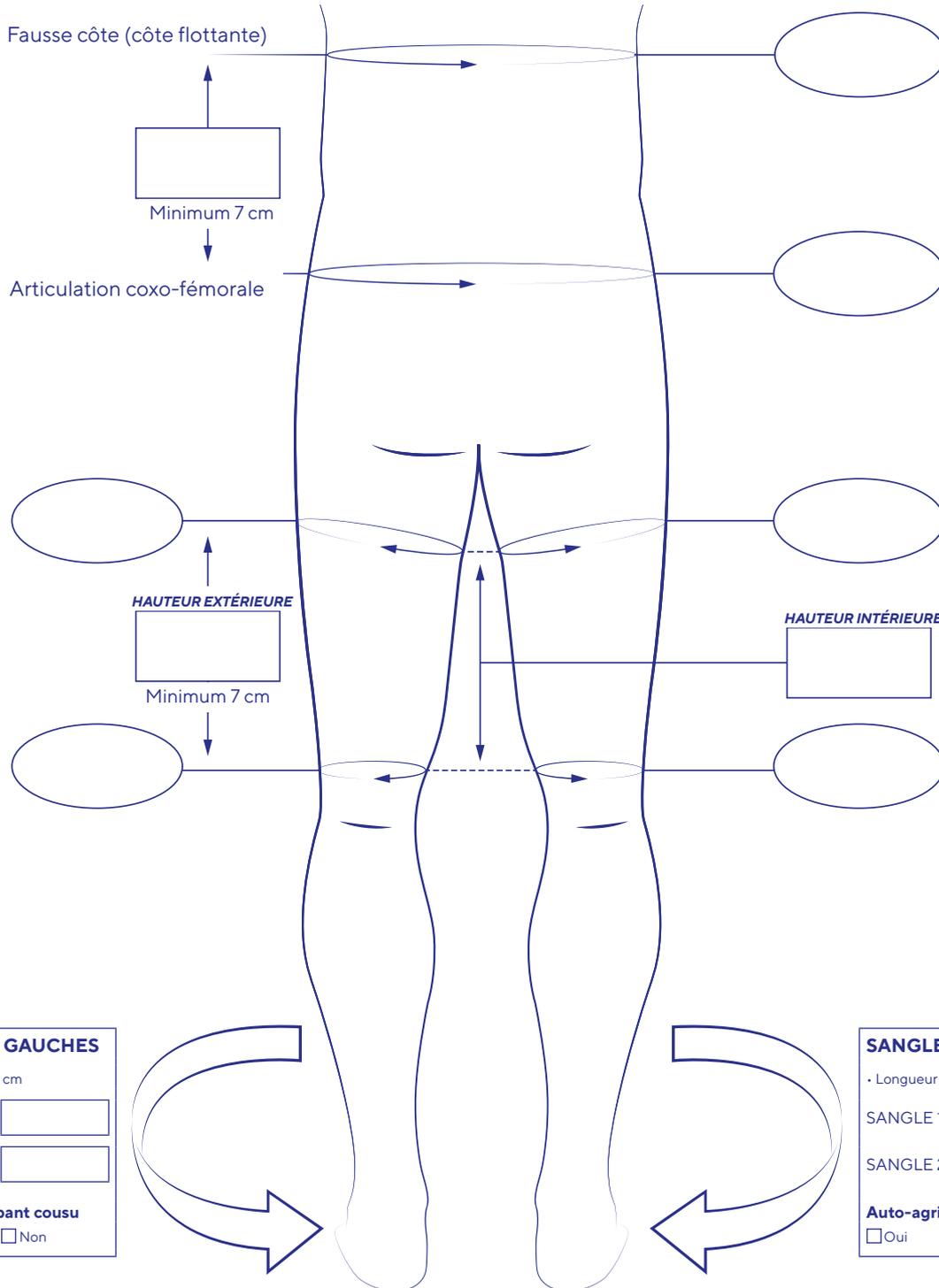
Sexe : M F Enfant Taille du patient :

J'autorise mon professionnel de santé à collecter mes données et à les communiquer à la société Thuasne dans le cadre du traitement de la commande de mon dispositif médical sur mesure. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, et au règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016, je bénéficie de droits dont notamment les droits d'accès, de rectification, de portabilité et de suppression de mes données. Je peux exercer ces droits en m'adressant par email à l'adresse en bas de page.

SIGNATURE
DU PATIENT

IDENTIFICATION
DU DÉTAILLANT

Il est indispensable de remplir toutes les cases de mesures nécessaires au produit désiré.



SANGLES GAUCHES

- Longueur en cm

SANGLE 1

SANGLE 2

Auto-agrippant cousu

Oui Non

SANGLES DROITES

- Longueur en cm

SANGLE 1

SANGLE 2

Auto-agrippant cousu

Oui Non

Circonférence en cm Longueur en cm