



THUASNE

CICATREX



JAMBES n°4a

COMMANDE *(par défaut)*

DEVIS

RENOUVELLEMENT

Client
code

Dossier n°
renouvellement

1^{er} traitement

Date : Quantité :

IDENTIFICATION
DU DÉTAILLANT

Nom du patient :

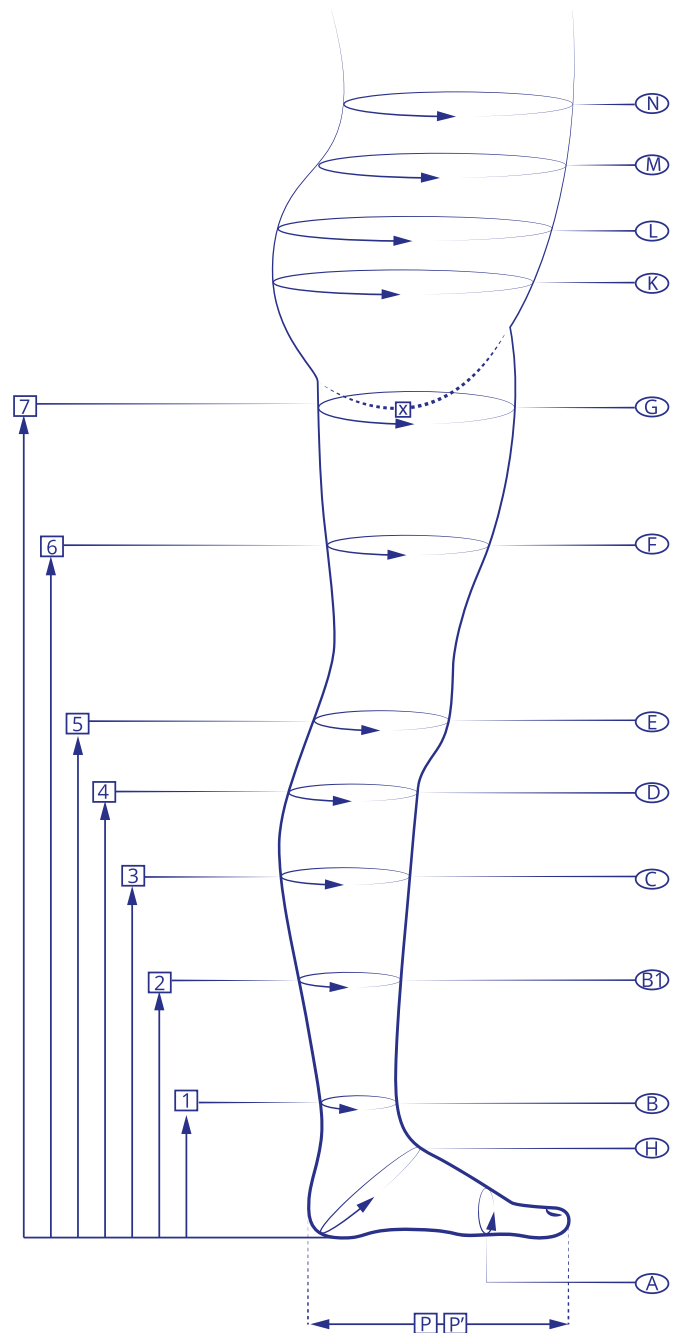
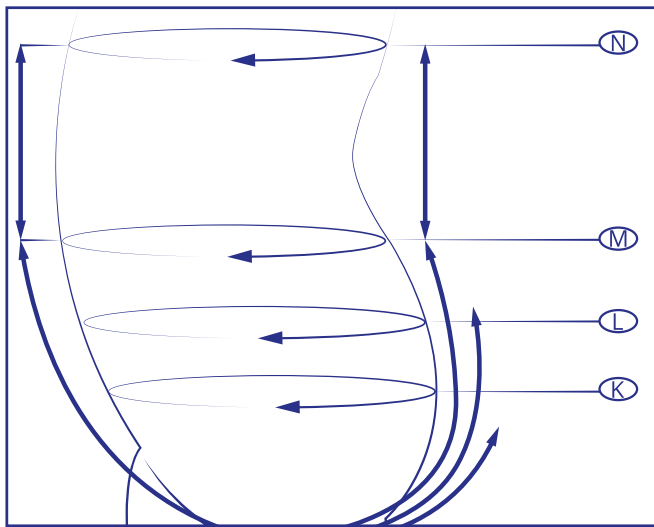
Prénom du patient :

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

**Dans la mesure du possible, merci de joindre des photos du membre à appareiller.
Dessiner les contours du vêtement sur le schéma et barrer les mesures inutiles.
Merci de remplir également la fiche n° 4b.**



Circonférence en cm Longueur en cm Entrejambe