





MP Monoblock-Hüftsystem

CE 0482

Erklärung der Piktogramme			
	Hersteller		Artikelnummer
	Material (Nummer)		Kennzeichnung, durch die der Hersteller erklärt, dass das Produkt den geltenden Anforderungen genügt, die in den Harmonisierungsrechtsvorschriften der Gemeinschaft über ihre Anbringung festgelegt sind

MP Monoblock-Hüftsystem

02 Systembeschreibung

- 02 Systembeschreibung
- 03 Eigenschaften

04 OP-Technik

- 04 Präoperative Planung
- 04 OP-Technik MP Monoblock-Hüftsystem

12 Implantate

- 12 MP Monoblock Schäfte, standard und lateralisiert

14 Instrumente

- 14 MP Monoblock Hüftsystem, Grundinstrumente, komplett
- 15 MP Monoblock Hüftsystem, Reibahlen, komplett
- 16 MP Monoblock Hüftsystem, Probeschäfte, komplett
- 18 Zusätzliche Instrumente

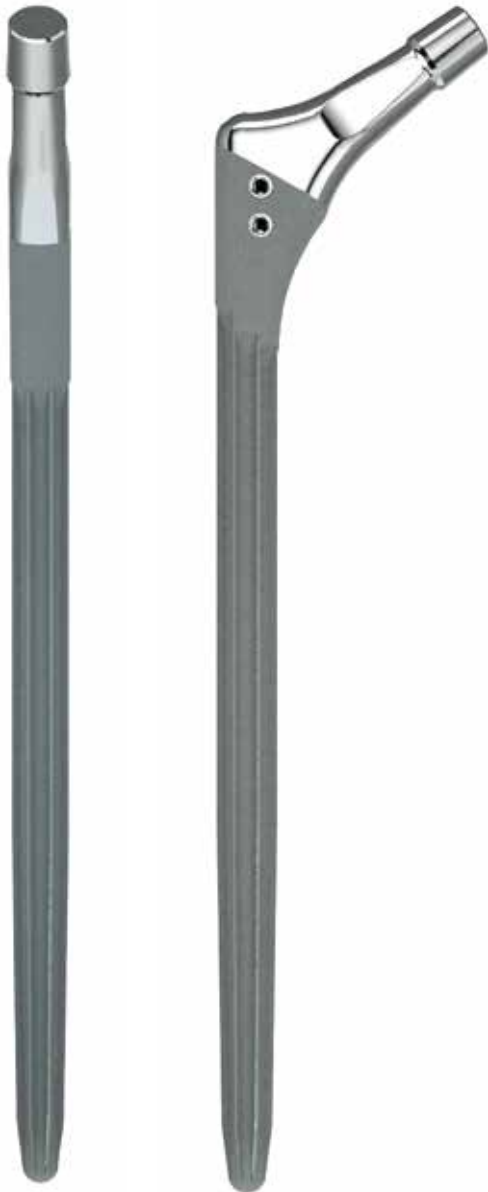
19 Zubehör/Literatur

- 19 Röntgenschablonen
- 19 Reinigung- und Pflegeanleitungen
- 19 Zusätzliche Literatur

20 Indikationen/Kontraindikationen

Wichtige Hinweise

Systembeschreibung



Das MP Monoblock-Hüftsystem basiert auf den bewährten Eigenschaften des MP-Rekonstruktions-systems und wurde entwickelt, um die Anforderungen an einen modernen Revisionseingriff zu erfüllen und die MP-Familie noch vielseitiger zu gestalten.

Der 2°-Kegelwinkel der MP sowie die bewährte breite Rippengeometrie verleihen dem Schaft eine hervorragende axiale Stabilität bei geringer Einsinkgefahr. Die raue PoroLink Schaftoberfläche aus biokompatiblen Tilastan-S unterstützt die Osseointegration sowie den Knochenumbau und sorgt für eine langfristige Stabilität. Durch die geringe Einsinkgefahr wird in Verbindung mit einer hohen Offset-Version die Luxationsgefahr auf ein Minimum reduziert, während der kurze Konus und der abgeflachte Hals einen großen Bewegungsumfang ermöglichen.

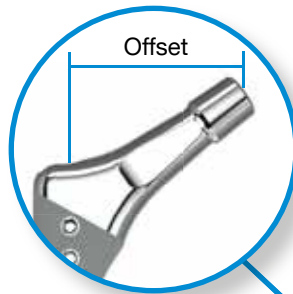
Operationstechnik und Instrumentarium sorgen für eine hohe intraoperative Vielseitigkeit. Das Ergebnis ist ein System, das dem Operateur unbegrenzte Flexibilität innerhalb der MP-Familie bietet.

Die Instrumente wurden dafür entwickelt, ein präzises, reproduzierbares Zusammenspiel bei der Positionierung von Reibahle, Probeimplantat und Implantat herzustellen, um dabei zu helfen, den optimalen Rotationsmittelpunkt zu bestimmen und die langfristige Stabilität des Hüftgelenks zu unterstützen.



Geführtes Einsetzen

Vollständige Rotationskontrolle durch feste Instrumentenverbindung



Halsbereich

2 Offset-Varianten und CCD-Winkel; in der ap-Ebene abgeflachter, polierter Hals; kurzer 12/14-Konus

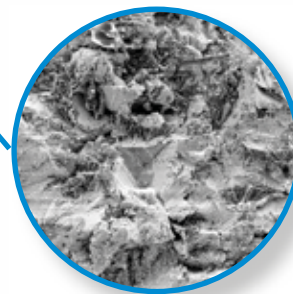


Nahtlöcher

Nahtlöcher mit \varnothing 3 mm und glatt polierten Rändern

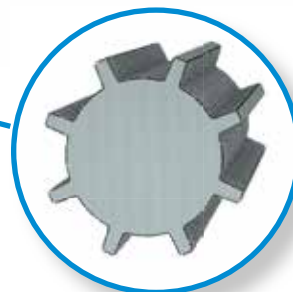
Größensortiment

3 Schaftlängen: 165 mm, 195 mm und 225 mm
 \varnothing 14 mm - 25 mm



Oberfläche

PoroLink, raue, korundgestrahlte Oberfläche, 200x



Distaler Schaftbereich

2°-Kegel des distalen Teils
8 bis 10 Rippen mit breiter, konischer Form



Abgerundete Spitze

Die Schaftspitzen sind abgerundet

Präoperative Planung

Eine gute präoperative Planung des Eingriffs ist wichtig, um den richtigen Implantattyp, die richtige Größe und die endgültige Position im Knochen nach der individuellen Anatomie des Patienten auszuwählen. Der Operateur sollte vor einem Hüftgelenkersatz den klinischen Zustand des Patienten sorgfältig beurteilen und den Grad seiner körperlichen Aktivität berücksichtigen.

Um optimale Ergebnisse zu erzielen, sollte die Operation im Voraus mit den geeigneten Schablonen geplant werden.

Der Vergrößerungsfaktor der Röntgenaufnahmen muss dem Faktor auf den Schablonen entsprechen. Spezielle Röntgenschablonen des MP Monoblock-Hüftsystems sind im Standardverhältnis 1,1:1 verfügbar.

Die Implantatgröße muss anhand von geeigneten, aussagekräftigen Röntgenaufnahmen in den Ebenen a.p. und lateral ausgewählt werden. Jede Röntgenaufnahme sollte mindestens so groß sein, dass die gesamte Schablone angelegt werden kann. Häufig ist eine zweite Röntgenaufnahme des nicht betroffenen Gelenks hilfreich. Eine mangelhafte präoperative Planung kann zur falschen Implantatauswahl und/oder zur falschen Implantatpositionierung führen.

Hinweis:

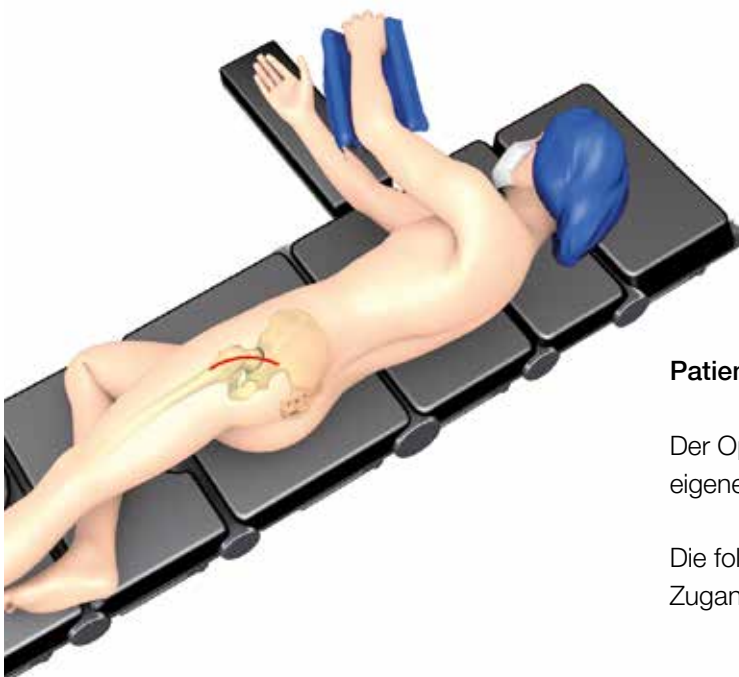
Die präoperative Planung liefert eine erste Orientierung für die endgültige Situation. Sie kann jedoch nicht zur abschließenden Bestimmung der am besten geeigneten Größe herangezogen werden. Die endgültige Entscheidung kann nur intraoperativ getroffen werden.

Prinzipiell soll der Prothesenschaft so bemessen sein, dass über eine ausreichende Länge im vitalen Knochen eine formschlüssige Prothesenverankerung entsteht.

Dafür ist es notwendig, ein Aufreiben der Kortikalis einzuplanen. Die durch das Aufreiben eintretende Reduzierung der kortikalen Wandstärke sollte in der Planung 1,5 mm nicht überschreiten.

Eine anatomisch korrekte Kopfhalslänge ist äußerst wichtig. Das MP Monoblock-Hüftsystem bietet zwei Offsets mit unterschiedlichen CCD-Winkeln. In Kombination mit den Hüftköpfen, mit bis zu vier Kopfhalslängen, ermöglicht dies dem Operateur eine hohe Flexibilität.

OP-Technik MP Monoblock



Patientenlagerung/Operationszugänge

Der Operateur kann den Zugang je nach Situation, eigener Erfahrung und Beurteilung frei wählen.

Die folgenden Darstellungen zeigen einen dorsalen Zugang mit dem Patienten in lateraler Position.

Eröffnung

Nach vorsichtigem Entfernen des vorherigen Implantats und Zements können Trochanter und proximaler Femur mit der proximalen Startreibahle ausgefräst werden, um einen guten axialen Zugang zum Femurkanal zu erhalten (Abb. 1).



Abb. 1

Präparation des Femurkanals

Zum Zusammensetzen der Reibahle wird die Hülse über den Schaft geschoben, sodass der Durchmesser der Reibahle durch die Ausparung sichtbar ist, und anschließend mit dem Fixierclip befestigt (Abb. 2).

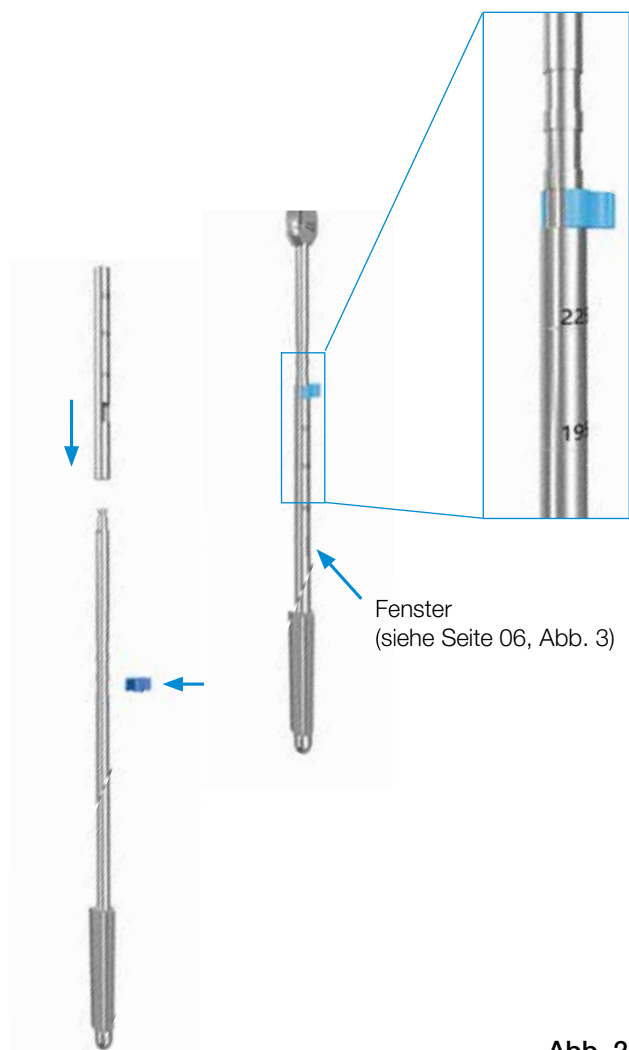


Abb. 2



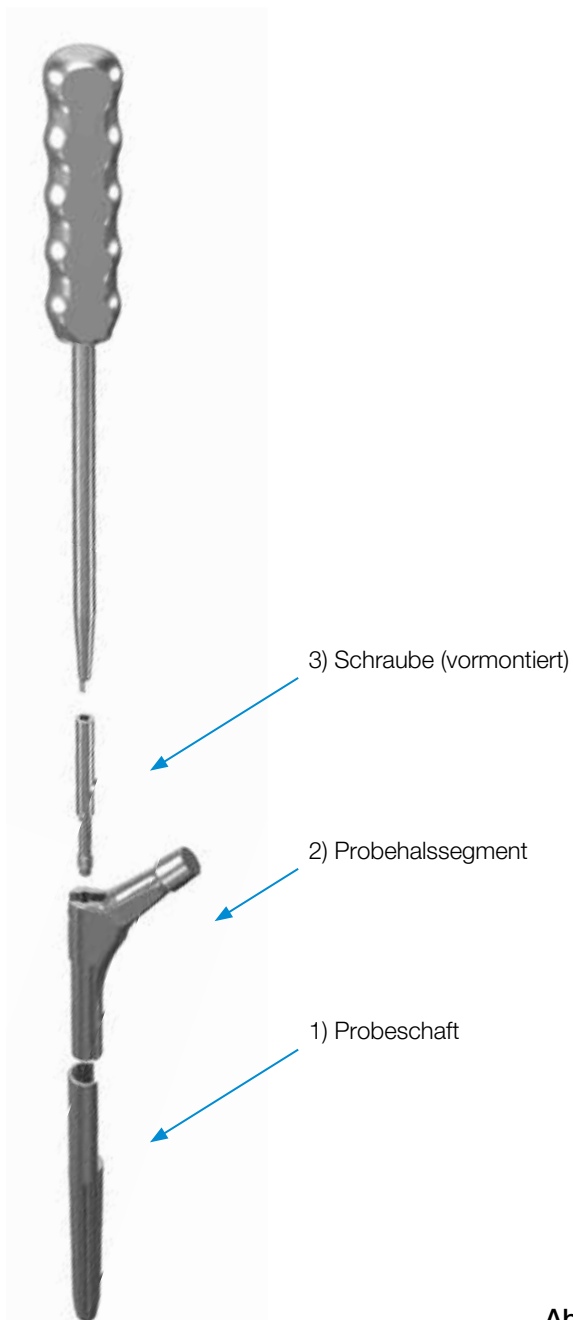
Abb. 3

Der Markkanal des Femurs wird stufenweise aufgefäst. Hierzu wird der T-Griff an der Reibahle befestigt und beginnend mit einer Größe, die 4-5 mm kleiner ist als die geplante Schaftgröße, über die Tiefe des vorherigen Prothesenbetts hinaus gefäst.

Auf der Hülse für die Reibahle befinden sich eingravierte Linien, die dem Rotationsmittelpunkt der jeweiligen Implantatlänge, bei Verwendung eines Prothesenkopfes mit +0 mm, entsprechen. Die Reibahlen werden bis zu einer Tiefe eingeführt, in der sich die Markierung, welche der Länge des Schaftes entspricht, auf gleicher Höhe mit der Spitze des Trochanter major befindet (Abb. 3).

Die vorgesehene Länge und Durchmesser der Prothese werden bei der präoperativen Planung ermittelt.

Der richtige Schaftdurchmesser ist allerdings erreicht, wenn der Fräs Widerstand markant ansteigt.



Probereposition

Zur Prüfung von Beinlänge, Muskelspannung der Abduktoren und Gelenkstabilität erfolgt eine Probereposition mit einem Probeschafft und -kopf unter Berücksichtigung des Bewegungsumfangs. Die Probeprothese wird aus drei Komponenten zusammengesetzt: 1) dem Probeschafft mit dem geplanten Durchmesser 2) dem Probeghals für die entsprechende Schaftlänge und 3) der, zusammen mit dem Probeghals vormontierten, Schraube.

Basierend auf dem Durchmesser und der Länge der zuletzt verwendeten Reibahle (entsprechend der eingravierten Linie) wird der Probeschafft, wie in Abb. 4 dargestellt, zusammengesetzt. Mit dem Sechskant-Schraubendreher wird der Probeghals am Probeschafft fixiert.

Abb. 4

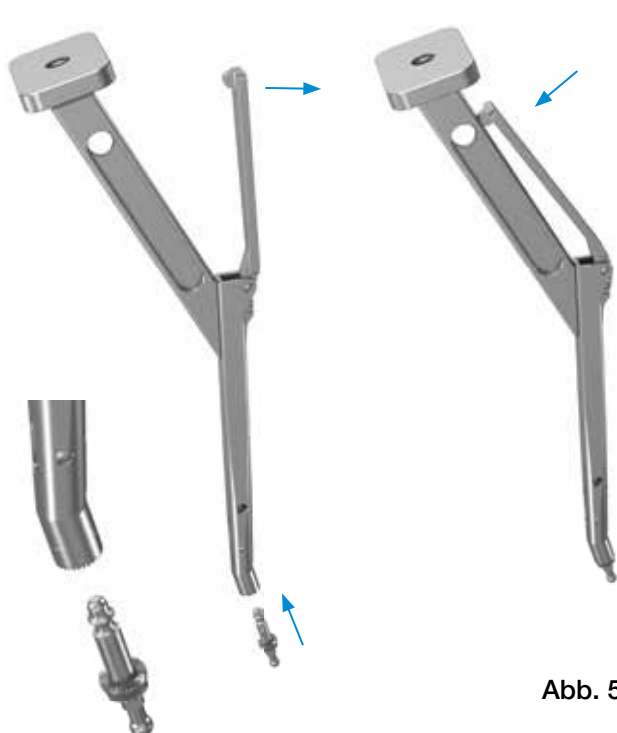


Abb. 5

Der Adapter für das Probeimplantat wird mit dem Einschläger, wie in Abb. 5 dargestellt, zusammengesetzt.

Der zusammengesetzte Probeschäft kann jetzt per Hand so weit wie möglich in den Femurkanal eingesetzt werden.

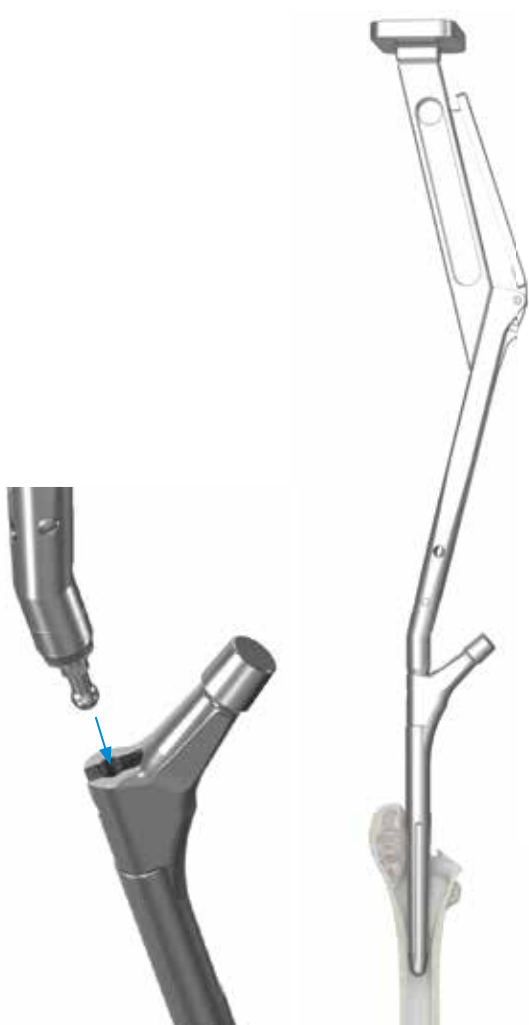


Abb. 6

Um den richtigen Sitz des Probeschäfts zu erreichen, wird der zusammengesetzte Einschläger + Adapter in das Langloch der lateralen Schulter vom Probeschäft positioniert, wobei die Flansche so ausgerichtet werden, dass eine Rotationskontrolle möglich ist. Anschließend wird der Probeschäft mit gleichmäßigen Hammerschlägen eingeschlagen, bis er vollständig sitzt (Abb. 6).

Jetzt wird der zusammengesetzte Einschläger + Adapter entfernt.



Abb. 7

Allgemeine Information

Für gewöhnlich wird die Hüftpfanne vor dem Schaft implantiert, sodass nun eine Probeposition erfolgen kann.

Mit verschiedenen Probeköpfen werden das optimale Offset, die korrekte Beinlänge und die erforderliche Stabilität überprüft.

Der Bewegungsumfang wird ebenfalls geprüft, um ein Impingement von Knochen oder Implantat mit der Hüftpfanne auszuschließen, bzw. um Instabilität vorzubeugen (Abb. 7).

Hinweis:

Die gewünschte Anteversion sollte am Knochen markiert werden, sodass das endgültige Implantat richtig positioniert werden kann.

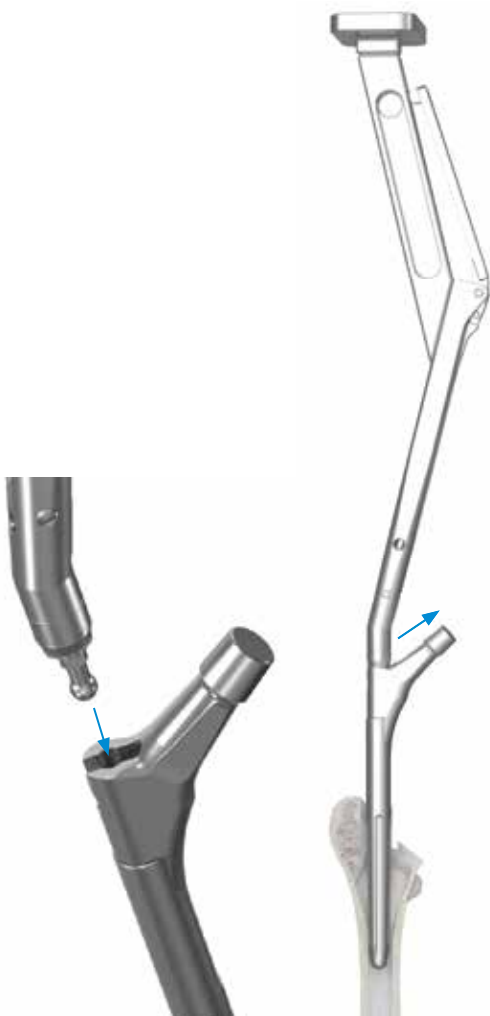


Abb. 8

Entfernen der Probekomponenten

Schließlich wird der Probekopf entfernt. Der Probeschaft wird mit Hilfe des zusammengesetzten Einschlägers und Adapters entfernt, wobei die Kugel an der Spitze des Adapters in das Loch der lateralen Schulter eingesetzt und anschließend in Richtung Hals geschoben wird (Abb. 8).

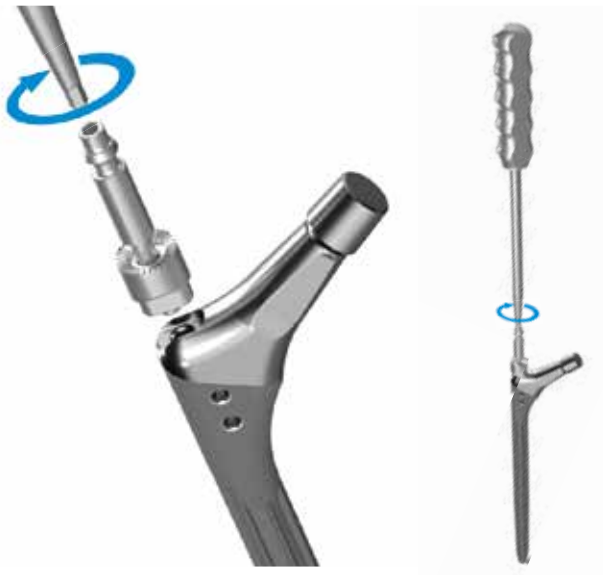


Abb. 9

Einsetzen des endgültigen Schafts

Der einzusetzende Prothesenschaft (Größe, CCD-Winkel) wurde mit Hilfe der zuvor durchgeführten Probereposition bestimmt. Das passende Implantat wird jetzt aus der sterilen Verpackung entnommen und der Adapter für das Implantat wird mit dem Sechskant-Schraubendreher in der Gewindebohrung an der Prothesenschulter fixiert. Vor dem Festziehen der Schraube muss darauf geachtet werden, dass die längliche Nase des Adapters parallel zum Langloch der Implantatschulter ausgerichtet ist und vollständig einrastet (Abb. 9).

Anschließend wird der Adapter samt Implantat mit dem Einschläger verbunden.

Hinweis:

Die starre Verbindung zwischen Implantat und Einschläger ermöglicht eine Rotationskontrolle beim Einschlagen des Schafts.

Auf diese Weise lässt sich der Schaft in der gewünschten Anteversion implantieren, welche bei der Probereposition festgelegt wurde.

Die Revisionsprothese wird in die vorbereitete Markhöhle eingesetzt und mit einigen Hammerschlägen in die endgültige Position eingeschlagen (Abb. 10).

Die Stabilität der Verankerung ist folgendermaßen zu erkennen:

- 1) Die Prothese dringt mit jedem Hammerschlag tiefer in die Markhöhle ein, bis die erforderliche Stabilität erreicht ist und die Prothese sich bei weiteren Hammerschlägen nicht mehr bewegt.
- 2) Gleichzeitig wird der Ton der Hammerschläge höher.



Abb. 10



Abb. 11

Probereposition

Es kann nun eine weitere Probereposition erfolgen, indem der entsprechende Probekopf auf das Implantat platziert wird. Anschließend wird der Probekopf wieder entfernt (Abb. 11).



Abb. 12

Aufsetzen des Hüftkopfes

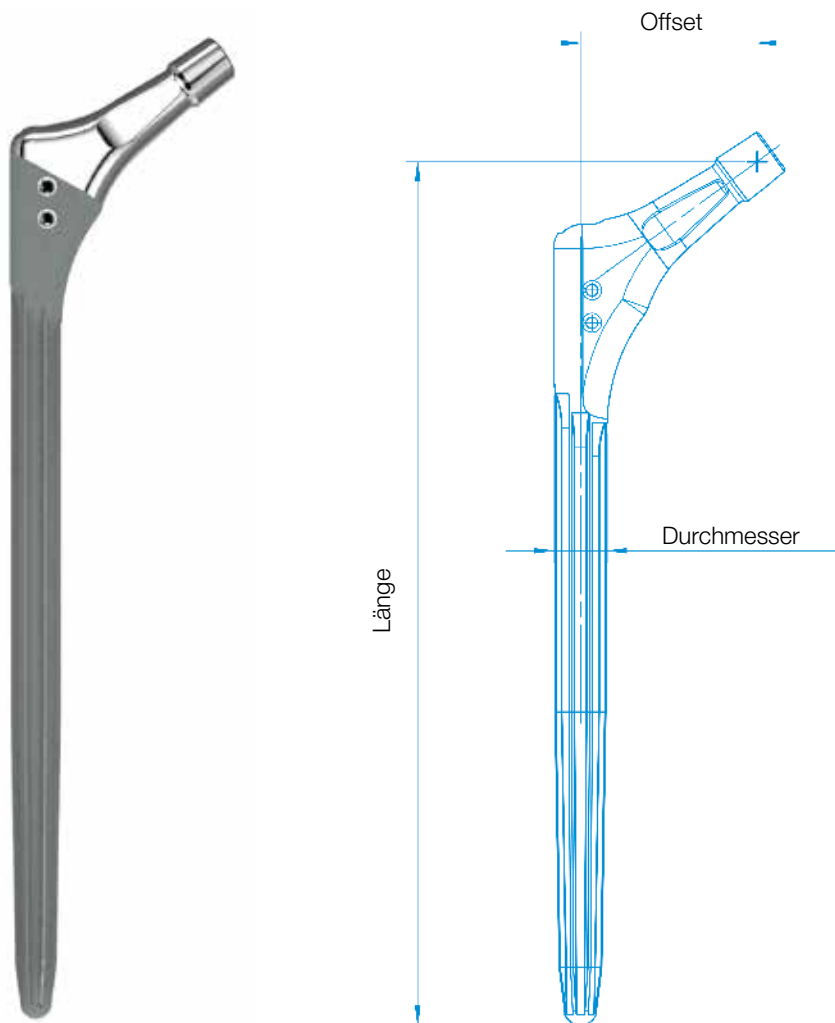
Der Schaftkonus wird sorgfältig gereinigt und abgetrocknet. Dies ist insbesondere bei Keramikköpfen wichtig. Anschließend wird der Kopf mit der Hand und einer Drehbewegung unter axialem Druck aufgesetzt. Zuletzt wird der Kopfaufschläger verwendet, um den Prothesenkopf mit einem leichten Schlag in Position zu bringen (Abb. 12).

Endgültige Gelenkreposition

Nach Säuberung der Gelenkflächen wird das Gelenk reponiert. Es erfolgt der schichtweise Wundverschluss.

MP Monoblock Hüftprothesenschaft, standard und lateralisiert

MAT Tilastan-S, Konus 12/14 mm



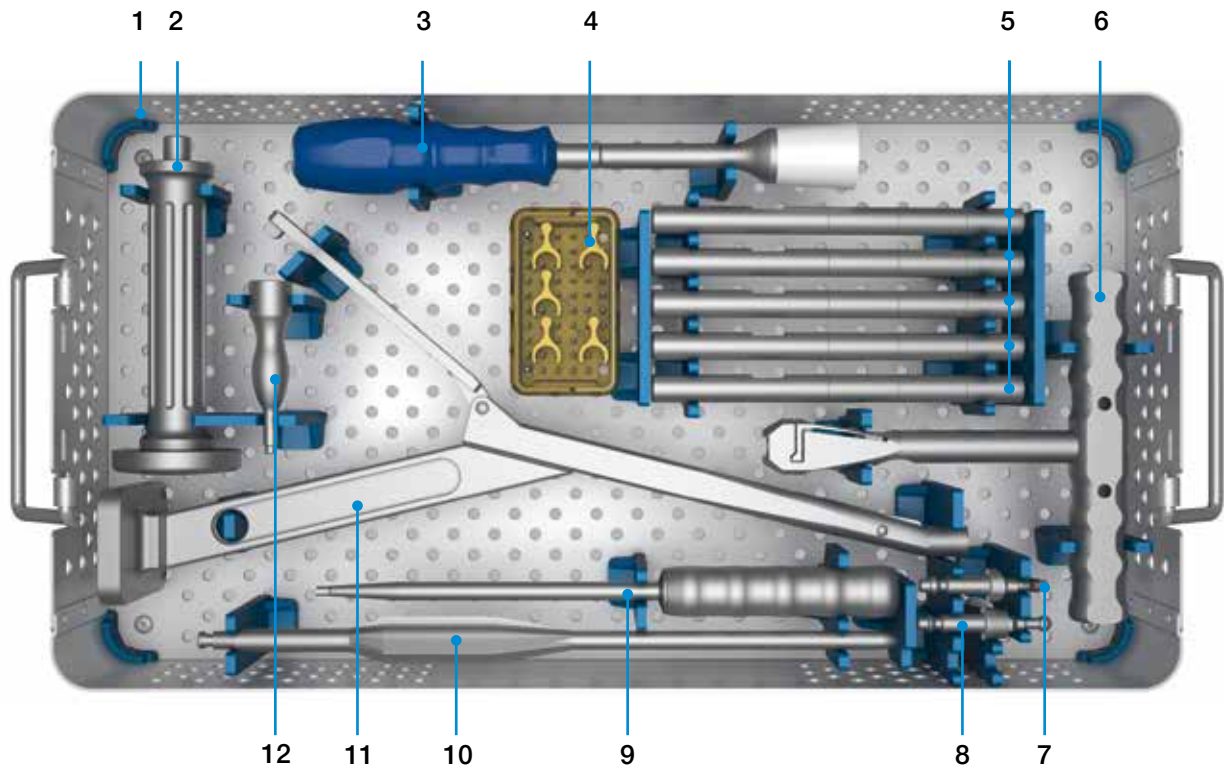
REF	Länge mm	Durchmesser mm	Version	Offset mm
136-014/38	165	14	standard	38
136-015/38	165	15	standard	38
136-016/38	165	16	standard	38
136-017/38	165	17	standard	38
136-014/46	165	14	lateralisiert	46
136-015/46	165	15	lateralisiert	46
136-016/46	165	16	lateralisiert	46
136-017/46	165	17	lateralisiert	46
136-018/46	165	18	lateralisiert	46
136-019/46	165	19	lateralisiert	46
136-020/46	165	20	lateralisiert	46
136-021/46	165	21	lateralisiert	46

MP Monoblock Hüftprothesenschaft, standard und lateralisiert

REF	Länge mm	Durchmesser mm	Version	Offset mm
136-114/38	195	14	standard	38
136-115/38	195	15	standard	38
136-116/38	195	16	standard	38
136-117/38	195	17	standard	38
136-114/46	195	14	lateralisiert	46
136-115/46	195	15	lateralisiert	46
136-116/46	195	16	lateralisiert	46
136-117/46	195	17	lateralisiert	46
136-118/46	195	18	lateralisiert	46
136-119/46	195	19	lateralisiert	46
136-120/46	195	20	lateralisiert	46
136-121/46	195	21	lateralisiert	46
136-122/46	195	22	lateralisiert	46
136-123/46	195	23	lateralisiert	46

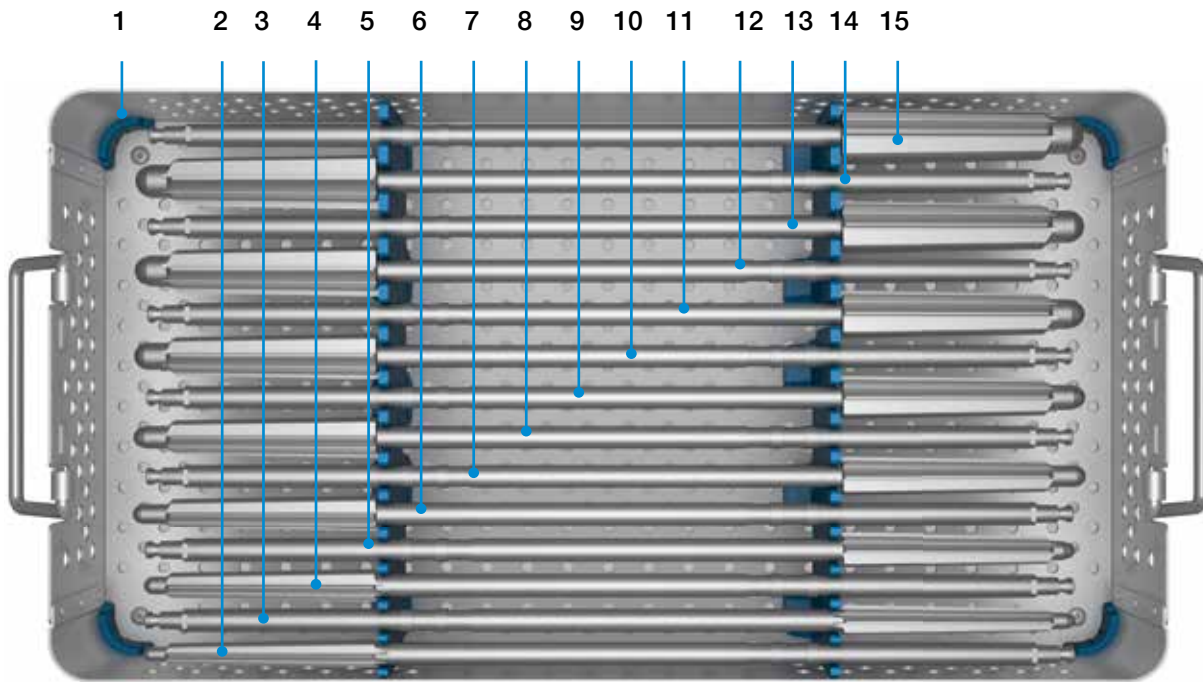
REF	Länge mm	Durchmesser mm	Version	Offset mm
136-214/38	225	14	standard	38
136-215/38	225	15	standard	38
136-216/38	225	16	standard	38
136-217/38	225	17	standard	38
136-214/46	225	14	lateralisiert	46
136-215/46	225	15	lateralisiert	46
136-216/46	225	16	lateralisiert	46
136-217/46	225	17	lateralisiert	46
136-218/46	225	18	lateralisiert	46
136-219/46	225	19	lateralisiert	46
136-220/46	225	20	lateralisiert	46
136-221/46	225	21	lateralisiert	46
136-222/46	225	22	lateralisiert	46
136-223/46	225	23	lateralisiert	46
136-224/46	225	24	lateralisiert	46
136-225/46	225	25	lateralisiert	46

136-030/00 MP Monoblock Hüftsystem, Grundinstrumente, komplett



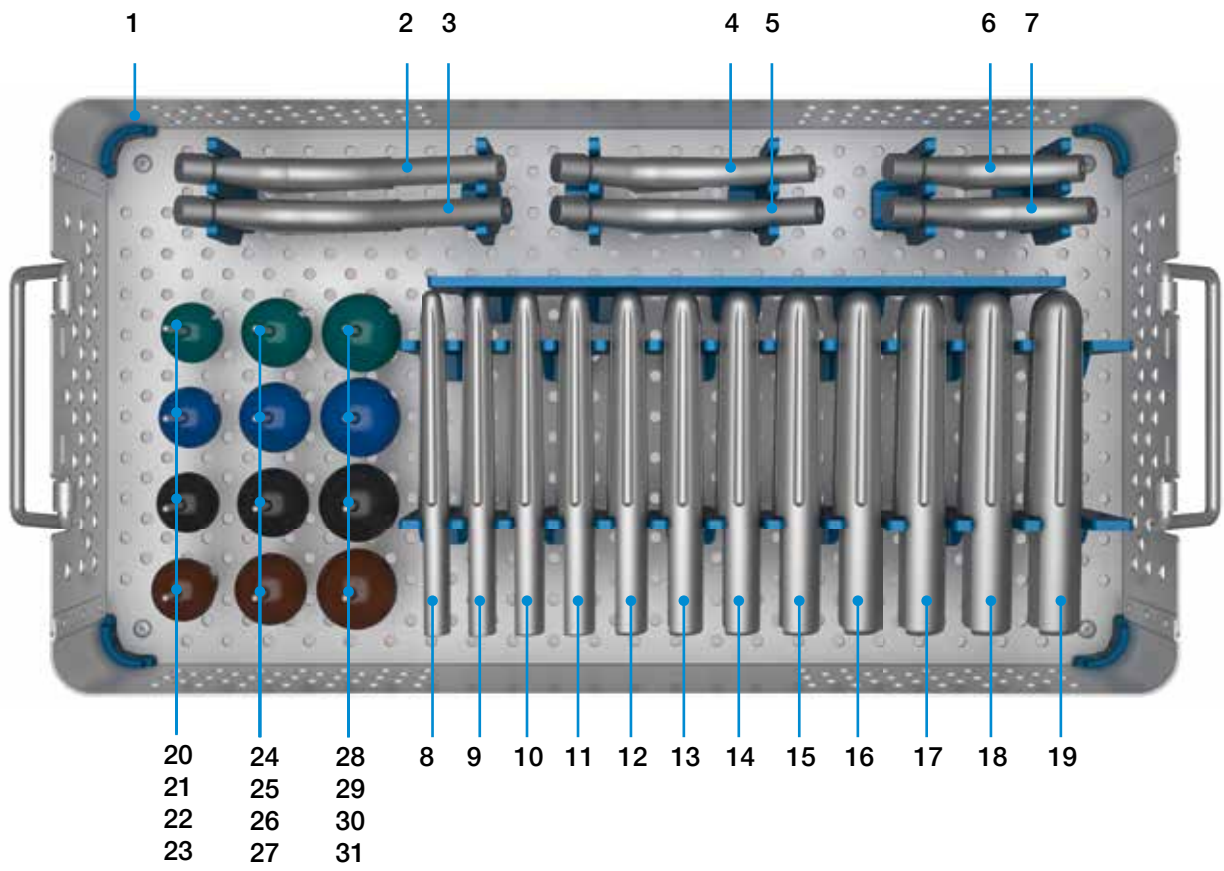
	REF	Beschreibung	St
1	136-031/00	Instrumentensieb, leer	1
2	136-210/01	Abnehmbarer Handgriff	1
3	175-360	Kopfaufschläger, mit auswechselbarem Kunststoffkopf, 242 mm	1
4	136-204/02	Fixierclip	5
5	136-204/01	Hülse für Reibahle	5
6	15-6053/00	T-Griff, Ansatz: Hudson-Ansatz (B)	1
7	136-202/02	Adapter für Implantat	1
8	136-202/01	Adapter für Probeimplantat	1
9	136-203/00	Sechskant-Schraubendreher, SW 3,5 mm, mit schlanker Spitze	1
10	136-200/00	Startreibahle	1
11	136-210/00	Einschläger	1
12	136-202/03	Schaftadapter für Implantation	1

136-010/00 MP Monoblock Hüftsystem, Reibahlen, komplett



	REF	Beschreibung	Durchmesser mm	St
1	136-011/00	Instrumentensieb, leer		1
2	134-500/00	Reibahle	12	1
3	134-500/07	Reibahle	13	1
4	134-500/01	Reibahle	14	1
5	134-500/08	Reibahle	15	1
6	134-500/02	Reibahle	16	1
7	134-500/09	Reibahle	17	1
8	134-500/03	Reibahle	18	1
9	134-500/10	Reibahle	19	1
10	134-500/04	Reibahle	20	1
11	134-500/11	Reibahle	21	1
12	134-500/13	Reibahle	22	1
13	134-500/14	Reibahle	23	1
14	134-500/12	Reibahle	24	1
15	134-500/06	Reibahle	25	1

136-020/00 MP Monoblock Hüftsystem, Probeschäfte, komplett



136-020/00 MP Monoblock Hüftsystem, Probeschäfte, komplett

	REF	Beschreibung
1	136-021/00	Instrumentensieb, leer
2	136-102/38	Probekopfteil 225 standard, inkl. Schraube 136-225/00, für Länge 225 mm
3	136-102/46	Probekopfteil 225 lateralisiert, inkl. Schraube 136-225/00, für Länge 225 mm
4	136-101/38	Probekopfteil 195 standard, inkl. Schraube 136-195/00, für Länge 195 mm
5	136-101/46	Probekopfteil 195 lateralisiert, inkl. Schraube 136-195/00, für Länge 195 mm
6	136-100/38	Probekopfteil 165 standard, inkl. Schraube 136-165/00, für Länge 165 mm
7	136-100/46	Probekopfteil 165 lateralisiert, inkl. Schraube 136-165/00, für Länge 165 mm
8	136-114/00	Probeschäft, Größe 14
9	136-115/00	Probeschäft, Größe 15
10	136-116/00	Probeschäft, Größe 16
11	136-117/00	Probeschäft, Größe 17
12	136-118/00	Probeschäft, Größe 18
13	136-119/00	Probeschäft, Größe 19
14	136-120/00	Probeschäft, Größe 20
15	136-121/00	Probeschäft, Größe 21
16	136-122/00	Probeschäft, Größe 22
17	136-123/00	Probeschäft, Größe 23
18	136-124/00	Probeschäft, Größe 24
19	136-125/00	Probeschäft, Größe 25
20	132-928/01	Probekopf, Ø 28 mm, S
21	132-928/02	Probekopf, Ø 28 mm, M
22	132-928/03	Probekopf, Ø 28 mm, L
23	132-928/04	Probekopf, Ø 28 mm, XL
24	132-932/01	Probekopf, Ø 32 mm, S
25	132-932/02	Probekopf, Ø 32 mm, M
26	132-932/03	Probekopf, Ø 32 mm, L
27	132-932/04	Probekopf, Ø 32 mm, XL
28	132-936/01	Probekopf, Ø 36 mm, S
29	132-936/02	Probekopf, Ø 36 mm, M
30	132-936/03	Probekopf, Ø 36 mm, L
31	132-936/04	Probekopf, Ø 36 mm, XL

Zusätzliche Instrumente

REF	Beschreibung
130-622/01	Einschlagstößel , gebogen
317-661	Führungsstange , mit Gleithammer
175-940/11	Probekopf 40 S , PPSU, röntgenpositiv, Konus 12/14
175-940/12	Probekopf 40 M , PPSU, röntgenpositiv, Konus 12/14
175-940/13	Probekopf 40 L , PPSU, röntgenpositiv, Konus 12/14
175-940/14	Probekopf40 XL , PPSU, röntgenpositiv, Konus 12/14

Röntgenschablonen für MP Monoblock

Konus 12/14, 110% natürliche Größe

REF	Länge (mm)	CCD Winkel	Durchmesser (mm)	Version
136-060/00	165-225	131, 126	14	standard, lateralisiert
136-061/00	165-225	131, 126	15	standard, lateralisiert
136-062/00	165-225	131, 126	16	standard, lateralisiert
136-063/00	165-225	131, 126	17	standard, lateralisiert
136-064/00	165-225	126	18, 19	lateralisiert
136-065/00	165-225	126	20, 21	lateralisiert
136-066/00	195-225	126	22, 23	lateralisiert
136-067/00	225	126	24, 25	lateralisiert

Pflege- und Reinigungsanleitungen

Entsprechende Anleitungen zu den Instrumentarien sind auf Anfrage unter customer@linkhh.de erhältlich.

Zusätzliche Literatur

Für weitere Informationen registrieren Sie sich für unsere Mediathek (linkorthopaedics.com)

Angegebene Indikationen und Kontraindikationen: MP Monoblock-Hüftsysteem
Allgemeine Indikationen
Bewegungseinschränkende Erkrankungen, Frakturen oder Defekte des Hüftgelenks oder des proximalen Femurs, die weder mit konservativen noch mit osteosynthetischen Maßnahmen beherrschbar sind
Indikationen
Revision gelockerter femoraler Prothesenkomponenten mit ausgedehnter Knochenresorption des proximalen Femurs und Ausweitung der Markhöhle bzw. starker Ausdünnung der Kortikalis im proximalen Femurbereich, wenn die Fixierung einer neuen Standardprothese nicht möglich ist
Revision gelockerter femoraler Prothesenkomponenten bei peri-/subprothetischer Fraktur
Kontraindikationen
Unzureichende/schlechte Knochensubstanz oder -qualität, die keine stabile Prothesenverankerung zulässt
Schlechter Allgemeinzustand
Akute oder chronische Infektionen, lokal und systemisch
Allergien gegen die (Implantat-) Materialien
Deutliche Muskel-, Nerven-, Gefäß- oder sonstige Erkrankungen, die die betroffene Extremität gefährden

Bei der Verwendung unserer Implantate ist Folgendes zu beachten:

1. Die korrekte Auswahl des Implantates ist sehr wichtig.

Größe und Form des menschlichen Knochens bestimmen Größe und Form des Implantates. Damit wird auch die Belastbarkeit begrenzt. Implantate sind nicht dafür geeignet, die uneingeschränkte Körperbelastung zu tragen. Die Beanspruchung sollte nicht die normale funktionelle Belastung überschreiten.

2. Die korrekte Handhabung des Implantates ist sehr wichtig.

Eine nachträgliche Verformung beeinträchtigt die Lebensdauer des Implantates und darf unter keinen Umständen vorgenommen werden. Unsere Implantate dürfen nicht mit Implantaten anderer Hersteller kombiniert werden.

Eine sichere Implantation der Komponenten ist nur gewährleistet, wenn die in der OP-Anleitung benannten Instrumente verwendet werden.

3. Kein Implantat darf wiederverwendet werden.

Die Implantate werden als sterile Einmalprodukte geliefert. Implantate, die bereits implantiert wurden, dürfen nicht wiederverwendet werden.

4. Die Nachbehandlung ist ebenfalls sehr wichtig.

Der Patient muss auf die Grenzen der Belastbarkeit des Implantates hingewiesen werden. Sie ist nicht mit der eines gesunden Knochens vergleichbar!

5. Die Implantate sind, sofern nicht anders angegeben, steril verpackt.

Bei der Lagerung der verpackten Implantate ist Folgendes zu beachten:

- keine starken oder schnellen Temperaturschwankungen
- Die Lagerung in der unbeschädigten Originalverpackung ist bis zum auf dem Produktetikett angegebenen Verfallsdatum möglich
- Implantate in einem festen Gebäude lagern
- vor Frost, Feuchtigkeit, direkter Sonneneinstrahlung und mechanischer Beschädigung schützen
- Die Lagerzeit originalverpackter Implantate ist auf maximal 5 Jahre ab Herstellungsdatum begrenzt
Das Verfallsdatum ist auf dem Produktetikett angegeben
- keine Implantate mit beschädigter Verpackung verwenden

6. Die Rückverfolgbarkeit ist wichtig.

Bitte verwenden Sie hierzu die der Verpackung beigefügten Dokumentationsaufkleber.

7. Weiterführende Informationen zu den Materialzusammensetzungen erhalten Sie auf Anfrage beim Hersteller.

Gebrauchsanweisung beachten!

Waldemar Link GmbH & Co. KG, Hamburg

Alle veröffentlichten Beiträge, Abbildungen und Daten in diesem Katalog sind urheberrechtlich geschützt. Jede vom Urheberrechtsgesetz nicht zugelassene Nutzung bedarf unserer vorherigen Zustimmung. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigung, Bearbeitung, Übersetzung, öffentliche Zugänglichmachung, Einspeicherung, Verarbeitung bzw. Wiedergabe von Inhalten in Datenbanken oder anderen elektronischen Medien und Systemen auf jede Art und Weise und in jeder Form, ganz oder teilweise. Die Angaben in den Katalogen dienen lediglich der Produktbeschreibung und beinhalten keine Garantie.

Die beschriebene OP-Anleitung wurde nach bestem Wissen und Gewissen des Herstellers verfasst. Sie kann nicht die Verantwortung des Arztes ersetzen, den jeweiligen Besonderheiten des Einzelfalls angemessene Rechnung zu tragen.

Die in diesem Dokument gezeigten Produkte sind möglicherweise nicht in Ihrem Land verfügbar. Die Produktverfügbarkeit unterliegt den Zulassungs- und/oder Registrierungs Vorschriften des jeweiligen Landes. Wenden Sie sich bitte an die Waldemar Link GmbH & Co. KG, wenn Sie Fragen zur Verfügbarkeit von LINK Produkten in Ihrem Land haben.

Die Waldemar Link GmbH & Co. KG und/oder andere verbundene Unternehmen besitzen, verwenden oder beantragen die folgenden Marken in vielen Ländern: LINK, BiMobile, SP II, Modell Lubinus, E-Dur, EndoDur, T.O.P. II, BetaCup, CombiCup PF, CombiCup SC, CombiCup R, MobileLink, C.F.P., LCU, SP-CL, LCP, MIT-H, Endo-Modell, Endo-Modell SL, MP, MEGASYSTEM-C, GEMINI SL, SPAR-K, LCK, Link OptiStem, HX, TiCaP, X-LINKed, PorAg, LINK PorEx, BiPorEx, PorEx-Z, TrabecuLink, Tilastan, customLINK, RescueSleeve, Stactip, VACUCAST.

In diesem Dokument können andere Marken und Handelsnamen verwendet werden, um auf die Unternehmen zu verweisen, die die Marken und/oder Namen beanspruchen, oder auf deren Produkte. Diese Marken und/oder Namen sind das Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber.



Waldemar Link GmbH & Co. KG

Barkhausenweg 10 • 22339 Hamburg
Tel. +49 40 53995-0 • info@linkhh.de
www.linkorthopaedics.com

