

Registrační formulář implantátu chlopně On-X*

Datum operace (RRRR/MM/DD):

Pozice:

SN

VÝROBNÍ ČÍSLO

REF

KATALOGOVÉ ČÍSLO



DATUM POUŽITELNOSTI

☐ Implantováno nebo
☐ Nepoužito
nebo
☐ Datum explantace
nebo
☐ Datum úmrtí

Další chlopně On-X u stejného pacienta

☐ Ano
☐ Ne

2. chlopeň

Pozice:

SN

VÝROBNÍ ČÍSLO

REF

KATALOGOVÉ ČÍSLO



DATUM POUŽITELNOSTI

☐ Implantováno nebo
☐ Nepoužito
nebo
☐ Datum explantace
nebo
☐ Datum úmrtí

3. chlopeň

Pozice:

SN

VÝROBNÍ ČÍSLO

REF

KATALOGOVÉ ČÍSLO



DATUM POUŽITELNOSTI

☐ Implantováno nebo
☐ Nepoužito
nebo
☐ Datum explantace
nebo
☐ Datum úmrtí

Pacient

Jméno:

Příjmení:

Pohlaví:
☐ M
☐ Ž
☐ Neuvedeno

SSN/MRN:

Datum narození (RRRR/MM/DD):

Poštovní adresa:

Poštovní adresa 2:

Město:

Stát/kraj:

PSČ:

Země:

Telefonní číslo:

E-mail:

Nemocnice

Název nemocnice:

Telefonní číslo:

Poštovní adresa:

Poštovní adresa 2:

Město:

Stát/kraj:

PSČ:

Země:

Chirurg (explantující chirurg v případě data explantace)

Jméno:

Příjmení:

Poštovní adresa:

Poštovní adresa 2:

Město:

Stát/kraj:

PSČ:

Země:

Telefonní číslo:

NPI:

Sledující lékař (kardiolog nebo lékař primární péče)

☐ Stejný jako chirurg

Jméno:

Příjmení:

Poštovní adresa:

Poštovní adresa 2:

Město:

Stát/kraj:

PSČ:

Země:

Telefonní číslo:

NPI:

Poznámky:

Jméno tiskacím písmem/oslovení:

Podpis:

Dnešní datum:

Telefonní číslo:

*Prosím, vyplňte tento formulář co nejúplněji v souladu s místními zákony a neprodleně jej vraťte společnosti On-X Life Technologies, Inc. nebo svému místnímu distributorovi.
Tím zadáte každého pacienta do implantačního registru a umožníte sledování v budoucnosti.

Zásady společnosti CryoLife pro ochranu soukromí: www.CryoLife.com/privacy-policy/

840497 02 CS Rev. C