

Registreringsform for On-X-klapimplantat*					
Operationsdato (AAAA/MM/DD):	Position:	SN SERIENUMMER	REF KATALOGNUMMER	 SIDSTE ANVENDELSES DATO	
☐ Implantat eller ☐ Ikke brugt _____ eller ☐ Eksplantationsdato _____ eller ☐ Dødsdato _____					
Yderligere On-X-klapper til samme patient ☐ Ja ☐ Nej					
2. klap	Position:	SN SERIENUMMER	REF KATALOGNUMMER	 SIDSTE ANVENDELSES DATO	
☐ Implantat eller ☐ Ikke brugt _____ eller ☐ Eksplantationsdato _____ eller ☐ Dødsdato _____					
3. klap	Position:	SN SERIENUMMER	REF KATALOGNUMMER	 SIDSTE ANVENDELSES DATO	
☐ Implantat eller ☐ Ikke brugt _____ eller ☐ Eksplantationsdato _____ eller ☐ Dødsdato _____					
Patient					
Fornavn:			Efternavn:		
Køn: ☐ M ☐ F ☐ Ikke angivet	SSN/MRN:		Fødselsdato (AAAA/MM/DD):		
Postadresse:			Postadresse 2:		
By:	Stat/Prov.:	Postnummer:	Land:		
Telefon:			E-mail:		
Hospital					
Hospitalets navn:			Telefon:		
Postadresse:			Postadresse 2:		
By:	Stat/Prov.:	Postnummer:	Land:		
Kirurg (eksplanterende kirurg, hvis der er angivet eksplantationsdato)					
Fornavn:			Efternavn:		
Postadresse:			Postadresse 2:		
By:	Stat/Prov.:	Postnummer:	Land:		
Telefon:			NPI:		
Behandlerende læge (kardiolog eller praktiserende læge) ☐ Samme som kirurg					
Fornavn:			Efternavn:		
Postadresse:			Postadresse 2:		
By:	Stat/Prov.:	Postnummer:	Land:		
Telefon:			NPI:		
Kommentarer:			Trykt navn/titel:		
			Underskrift:		
			Dagsdato:	Telefon:	

*Udfyld dette skema så fuldstændigt, som den lokale lovgivning tillader, og returner det med det samme til On-X Life Technologies, Inc. eller den lokale forhandler.
Dette vil indføre patienten i implantatregisteret og tillader således en sporing til fremtidige opfølgninger.