

On-X Valve Implantatregistrierungs-Formular*					
Datum der Operation (JJJJ/MM/TT):	Position:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SN</div> SERIENNUMMER	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">REF</div> KATALOGNUMMER	 VERFALLSDATUM	
<input type="checkbox"/> Implantat oder <input type="checkbox"/> Nicht verwendet _____ oder <input type="checkbox"/> Datum der Explantation _____ oder <input type="checkbox"/> Datum des Todes _____					
Weitere On-X Klappen für den gleichen Patienten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
2. Klappe	Position:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SN</div> SERIENNUMMER	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">REF</div> KATALOGNUMMER	 VERFALLSDATUM	
<input type="checkbox"/> Implantat oder <input type="checkbox"/> Nicht verwendet _____ oder <input type="checkbox"/> Datum der Explantation _____ oder <input type="checkbox"/> Datum des Todes _____					
3. Klappe	Position:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SN</div> SERIENNUMMER	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">REF</div> KATALOGNUMMER	 VERFALLSDATUM	
<input type="checkbox"/> Implantat oder <input type="checkbox"/> Nicht verwendet _____ oder <input type="checkbox"/> Datum der Explantation _____ oder <input type="checkbox"/> Datum des Todes _____					
Patient					
Vorname:			Zuname:		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Nicht angezeigt		SSN/MRN:	Geburtsdatum (JJJJ/MM/TT):		
E-Mailadresse:			E-Mailadresse 2:		
Stadt:	Bundesland/Landkreis:	Postleitzahl:	Land:		
Telefon:			E-Mail:		
Krankenhaus					
Name des Krankenhauses:			Telefon:		
E-Mailadresse:			E-Mailadresse 2:		
Stadt:	Bundesland/Landkreis:	Postleitzahl:	Land:		
Chirurg (Chirurg der Explantation, falls ein Datum der Explantation angegeben wurde)					
Vorname:			Zuname:		
E-Mailadresse:			E-Mailadresse 2:		
Stadt:	Bundesland/Landkreis:	Postleitzahl:	Land:		
Telefon:			NPI:		
Arzt der Folgebehandlung (Kardiologe oder Erstversorgungsarzt) <input type="checkbox"/> Gleich wie Chirurg					
Vorname:			Zuname:		
E-Mailadresse:			E-Mailadresse 2:		
Stadt:	Bundesland/Landkreis:	Postleitzahl:	Land:		
Telefon:			NPI:		
Bemerkungen:			Gedruckter Name/Titel:		
			Unterschrift:		
			Heutiges Datum:	Telefon:	

* Bitte füllen Sie dieses Formular so vollständig wie es die lokale Gesetzgebung vorsieht aus, und senden Sie es dann unverzüglich an On-X Life Technologies, Inc. oder Ihren lokalen Vertreter. Dadurch wird jeder Patient in die Implantatregistrierung aufgenommen und die Rückverfolgbarkeit für die Zukunft ist damit möglich.